USAID | PERU | POLITICAS EN SALUD

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

QUARTERLY PROGRESS REPORT
January – March 2013

USAID/Peru/Politicas en Salud

Contract No. GHS-I-10-07-00003-00

April 9, 2013

Prepared for:
Luis Seminario, COTR
USAID/Peru Health Office
Av. Encalada s.n.
Lima - Perú

Submitted by:
Abt Associates Inc.
Av. La Floresta 497 Ofic. 101
San Borja
Lima - Perú

In Partnership with:
Futures Group International

This document has been elaborated by USAID|PERU|Políticas en Salud Project, financed by the United States Agency for International Development (USAID) under contract No. GHS-I-10-07-00003-00.

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

Quarterly Report January-March 2013

Table of Contents

Acronyms ..... **iv**

Executive Summary **5**

1. Progress **7**

1.1 Health Sector Governance 8

Strengthen and expand decentralization of the health sector 8

1.1.1 Support the MOH and regions in adapting to their new roles under a decentralized health sector 8

1.1.2 Develop a regulatory framework for the MOH's new stewardship role ..10

1.1.3 Continue the decentralization process by extending responsibilities to even lower levels of the political structure. 10

1.1.4 Improve monitoring and reporting of how the health system addresses gender, culture, and stigma and discrimination issues in health 12

1.1.5 Strengthen intergovernmental coordination mechanisms for health policy 13

1.1.6 Increase monitoring and enforcement of governing regulations and standards in the Health Sector by regional authorities 13

1.2 Health Sector Financing and Insurance 13

1.2.1 Ensure health sector resources (regardless of source) are complementary to promote equitable access to health services.....13

1.2.2 Enhance financing and health insurance coverage through implementation and scale-up of pilot programs for providing universal access to a basic health care package 14

1.2.3 Design and implement the policies and mechanisms required for insurance coverage of populations employed in small and micro enterprises. ..14

1.2.4 Develop long-term plans for resources needed based on estimations of costs as insurance coverage expands and are based on the changing disease profile of the country (i.e. burden of disease). 15

1.2.5 Design and implement a system for results-based budgeting, to be utilized by national and sub-national health authorities 15

1.2.6 Assess the current system for financing health service provision under decentralization and universal health insurance....16

1.2.7 Develop payment methods and resource allocation models based on the health needs in different regions, corresponding to healthcare provided (in terms of the nature, quantity and quality of care), and to appropriate improvements in infrastructure and equipment....16

1.3 Health Information....19

Strengthen the capacity to collect, analyze and use data in the health sector...19

1.3.1 Promote the use of information in decision making at national, regional and local levels, especially with respect to health service provision, policy making and oversight of new initiatives....19

1.3.2 Improve data collection methods....21

1.3.3 Monitor and evaluate the quality of health services and programs as guaranteed under universal health insurance law in no less than one priority region. 23

1.3.4 Streamline and improve the HIS as a whole so that needed information at all levels is cohesive, avoids duplication and is produced efficiently....24

1.3.5 Support the implementation of regional action plans for the improvement of the performance of the regional HIS....24

1.3.6 Ensure compliance with appropriate national data quality standards, developed with USAID/Peru support, at regional and local levels....26

1.4 Health Workforce....26

1.4.1 Build consensus regarding health civil service reform....26

1.4.2 Develop long-term plans for Human Resources, including development of the appropriate set of job functions at different professional levels and responsibilities in the health system and forecasting needs with respect to these functions....27

1.4.3 Develop competency profiles for health managers at the regional and health network levels....27

1.4.4 Develop, implement and monitor regional and local strategies for human resources recruitment and retention;....28

1.4.5 Develop policies and tools for ensuring continued staffing of health services....28

1.4.6 Develop and implement workforce management policies with incentives and salary guidelines in collaboration with the civil service reform process....28

1.4.7 Strengthen policies for continuous education and on the job training to improve quality of care; establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards. 28

1.4.8 Assess current staffing patterns at health facilities and work with local and regional authorities to develop policies, as appropriate, to organize and build capacities of health human resources in collaboration with professional associations and training institutions. 28

1.4.9 Establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards. 29

1.5 Medical Products, Vaccines and Technologies 29

2. Results Reporting Table 30

3. Planned Activities 38

4. Problems encountered & Solutions 51

5. Succes Stories 53

6. Best Practices 56

7. List of Upcoming Events 60

8. Quarterly Financial Reports 61

Appendix 1: Changes in San Martin Regional Health Directorate´s Organization 63

Appendix 2: Monitoring Matrix for Effective Interventions 69

Appendix 3: PAIMNI Expansion Plan in San Martin 72

Appendix 4: PAIMNI Conceptual Framework Event 79

Appendix 5: Report on Regional Budget 2013 92

Appendix 6: Report on meeting regarding Budget 2014 102

Appendix 7: Technical Report on Job Profiles in SMT 107

Appendix 8: Design of a Pilot Coordinated Management of the Health Component .288

Acronyms

ACS	Community Health Agents
ANGR	National Assembly of Regional Governments
APPS	Political Parties Health Agreement
CAS	Service Administration Contract
CIES	Social and Economic Research Consortium
CIGS	Intergovernmental Health Committee
DARES	MOH Procurement of Strategic Resources Directorate
DGSP	MOH Persons-Health General Directorate
DO	MOH Decentralization Office
FP/RH	Family Planning and Reproductive Health
HIS	Health Information Systems
HHR	Health Human Resources
HN	Health Network
IT	Information Technology
JNE	National Electoral Entity
MCH	Maternal and Child Health
MED	Evaluation Tool on Health Decentralization
MEF	Ministry of Economics and Finance
MIDIS	Ministry of Social Development and Inclusion
MOH	Ministry of Health
NDI	National Democratic Institute
OGEI	MOH Statistics and Informatics General Office
OGPP	MOH Planning and Budgeting General Office
OGRH	Human Resources General Office
PAHO	Pan American Health Organization
PAIMNI	Regional Program for the Reduction of Chronic Malnutrition
PAN	Results Based Budget Articulated Nutrition Program
PCM	Prime Minister's Office
PEAS	Health Insurance Essential Plan
PHC	First level of care
PMI	Health Investment Multiannual Plan
PpR	MEF Results Based Budget
RENIEC	National Agency for Identification and Marital Status Registration
RG	Regional Government
RHD	Regional Health Directorate
SERVIR	National Authority of Civil Service
SIGA	MEF Integrated System for Management
SIS	Public Health Insurance
SMN	Results Based Budget Maternal Health Program
USAID	United States of America Agency for International Development

Executive Summary

USAID/Peru, through the Health Policy Reform Project, seeks to strengthen five components of the health system: Governance, Financing, Health Information, Human Resources and Pharmaceutical Logistics, ensuring that the necessary policies and policy-related capacities to sustain health reform are in place by the end of this 5-year effort. The aim is to promote substantial improvements particularly within primary care.

During the first quarter of 2013, the Project implemented activities in four of the five components: Governance, Financing, Information and Human Resources, while the start of the fifth component -Logistic of medicines and medical products- was postponed for the second half of the year.

Activities during this quarter were adjusted to the contract amendment which mandates a focus in San Martin region. Under this focus, the Project provided technical assistance to the Regional Government in a new reorganization of the Health Directorate, which resulted in the creation of a Human Resources Office and an Operations Office. The first one in charge to strategically manage selection, allocation, evaluation and development of the health workforce, and the second one, in charge of managing the activities that support health provision. The Project continued providing technical assistance in the implementation of the regional strategy for the reduction of chronic malnutrition (PAIMNI), in the second phase of the pilot program in three micro-networks: Soritor, Jepelacio and Lluyllucucha. Longitudinal follow up was initiated, and a first assessment of human resources capacities to implement effective interventions was done. Moreover, the Project is providing assistance to prepare the Concerted Regional Health Plan 2013-2018, on the basis of regional priorities with citizenship consultation.

In the health financing area, the launching by the Minister of Health (MOH) of a new health reform process is seen by the Project as an opportunity for providing technical assistance and updating the Essential Health Insurance Package (PEAS) to the new requirements of the Reform. A specific contribution of the project is the analysis of the 2013 regional budgets, to identify main gaps in the allocation of health insurance budgets. Moreover, the Project elaborated a report in order to define the insurance prime for the provision of oncological services, in support of the Government Plan Esperanza.

The Project completed the scaling of the application of the methodology of multi-annual planning (PMI) in the country, covering more than 1,500 health centers.

The Project also continued working in the implementation of GalenHos information system in San Martin, with 85% of health facilities that are advanced or have completed affiliation phase for monitoring children malnutrition.New modules have also been added to GalenHos, as the maternal health module, on-line appointments module and reporting for local management to be used at the health micro-network level.

An important achievement of the Project is the expansión of GalenHos at national level, which the MOH has entrusted the SIS with a goal goal of 34 hospitals throughout the country scheduled for this year.

In the area of Human Resources the project provided technical support to MIDIS technical team in order to design the Analysis of gaps in Health Human Resources in 2 micro networks and the design of a proposal to cover them. Within the framewok of MIDIS social programs. The Project has also worked with the MOH in the revision and the update of the technical document “Guidelines for Institutional Management of Health Human Resources”, which will be used at the regional levels.

1. Progress

During this quarter, the Project trained and/or provided technical assistance to 399 participants, in four technical components of the health system: Governance, Financing, Information and Human Resources. Most participants attended the activities related with San Martin's regional strategy for the reduction of chronic malnutrition, mainly focused in Governance and Financing. Under the component of Health Information Systems (HIS), the Project provided technical assistance to 168 health officials from the different regions (Table 1).

Table1: Number of participants to technical and training activities per Project Component

Region	Number of participants			Percentage
	Women	Men	Total	
Governance – Malnutrition reduction	70	70	140	35%
Financing	22	24	46	12%
Information	59	109	168	42%
Human Resources	17	28	45	11%
Total	168	231	399	100%

Project activities were focused in San Martin, where the Project concentrated activities from the four components.

Table2: Number of participants to technical and training activities per Region

Region	Number of participants			Percentage
	Women	Men	Total	
National level	60	107	167	42%
San Martín	108	124	232	58%
Total	168	231	399	100%
Percentage	42%	58%	100%	

Because of the expansion of HIS activities to the national level, there was an increase of male participation compared with previous quarters. The male index show 58% men vs. 42% women.

1.1 Health Sector Governance

Strengthen and expand decentralization of the health sector

1.1.1 Support the MOH and regions in adapting to their new roles under a decentralized health sector

Since October 2012, the Regional Government of San Martín decided to carry out a redesigning of its current organization. To this end, the Regional Government of San Martín adopted as basic criteria the following:

- The regional government is a sole public entity and, as such, it must possess one sole management document, i.e. one Bylaw of Organization and Functions (ROF) and, likewise, one Chart for the Assignment of Personnel (CAP).
- The regional public administration must be planned territorially and, as a consequence, the actions taken by the sectors shall be synergized in favor of the development of San Martín's population.
- Concerning health matters, the regional government must materialize within the ROF the separation of administrative functions from sanitary functions.

The Regional Government ROF was the object of analysis and study of the Project and, as result of this analysis, the Project sent to the regional authorities a set of proposals with the aim to improve the accuracy of the functions assigned to each one of the bodies of the Regional Health Directorate (DIRESA) as well as to avoid duplicity and overlapping (Appendix 01).

These suggestions were used by the regional authorities, and finally approved the ROF by means of Regional Ordinance N° 003-2013-GRSM/CR dated March 04, 2013.

The DIRESA organization has suffered important changes as compared to its previous organization. The following chart shows the referred changes:

Organizational Levels	Previous Organization	Organization In Force pursuant to Regional Ordinance N° 003-2013-GRSM/CR	Comments
Administration Bodies	DIRESA	DIRESA	It is maintained.
Control Body	Body of Institutional Control.	Body of Institutional Control.	It is maintained.
Advisory Bodies	a. Executive Office of Planning. b. Executive Office of Institutional Development and Quality. c. Executive Office of Sanitary Intelligence.	a. Office of Legal Advice b. Office of Planning and Sanitary Intelligence.	a. The Office of Legal Advice is structured; as it did not exist within previous ROF. b. The Executive Offices of Planning and Sanitary Intelligence are consolidated into the Office of Planning and Sanitary Intelligence.

			c. The Executive Office of Institutional Development and Quality is eliminated.
Bodies of Line	a. Executive Office of Integral Health. b. Executive Office of Control and Supervision of Sector.	a. Office of Integral Health. b. Office of Regulation and Supervision of Health Sector. c. Office of Development of Human Resources. d. Office of Operations-Health.	a. Office of Integral Health and Office of Regulation and Inspection of Health Sector remain; and b. Office of Development of Human Resources and Office of Operations-Health are created.
Deconcentrated Bodies	a. Regional Hospital. b. Networks of Health.	a. Offices of Operations. b. Offices of Networks of Health. c. Regional Referential Services-Hospitals.	a. Offices of Operations are created. b. Networks of Health are maintained. c. Regional referential services.To existing Hospitals are incorporated

The DIRESA San Martín proposed to differentiate the function of service provision management carried out by the Health Networks from the functions of administration, the latter, according to the approved ROF, must be in charge of the newly created Offices of Operations..

In general terms, this proposal suggests that the Health Networks shall be responsible of:

a. Align DIRESA strategic objectives with operational targets, taking into considerations its dependence to DIRESA. Improving access to health services in response to the population's demands, especially the demands of the excluded population, with the implementation of the Model of Integral Health Attention in primary health attention.

b. Improving performance of the Sanitary System with the implementation of Policies of Human Resources.

c. Guarantee provision of quality health services.

The budgetary Excution Units now called Offices of Operations must:

a. Define and implement the administrative flows of communication among: the DIRESS, networks, and micro-networks.

b. Define and implement the flow of financial resources and logistics among micro-networks, DIRES, and the Regional Government.

c. Guarantee operation of the Health Services Networks.

As of this approval, the Project is providing technical assistance to the DIRESA San Martín to identify (1) the specific functions for each one of the approved Bodies; (2) the definition of the working positions, their competences and profiles, to define the forms of inter-

relationship and dependency and to formalize the new organization of the Health Networks and Units of Operation. This entire process must be finished, in its first phase, on March 29.

Regarding the first document, (to be approved by the DIRESA), specific functions and structure of the networks and health micro-networks are defined as well as their processes.

The technical assistance of the Project regarding the implementation of the referral and counter-referral system at the first level of attention is subordinated to the culmination of the process of organizational redesign initiated by the Regional Government of San Martín.

The Project also prepared a Technical Report on the evaluation of the advance of the reorganization of the DIRESA, initiated in Cajamarca, La Libertad and San Martín with the aim of adapting themselves to the transfer of competences and functions within the framework of the process of decentralization.

1.1.2 Develop a regulatory framework for the MOH's new stewardship role

PROCAP is a tool for the rapid evaluation of financial and organizational performance designed mainly for private institutions. This application is currently being implemented as a case study at the Basic Unit of Primary Attention (UBAP) of EsSalud in Jesus Maria, Lima. Currently, the results are being analyzed with the aim of crossing organizational and financial information with information resulting from the the provision of health services.

In order to assess the applicability of PROCAP to a public network of health, the Project contacted the DIRESA LIMA SUR. This DIRESA has offered its cooperation to carry out the evaluation of the Network of San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo. A working team has already been created with the technical assistance of the Project, and is currently adapting the technical instrument.

1.1.3 Continue the decentralization process by extending responsibilities to even lower levels of the political structure.

Execution of the Pilot Project for the reduction of Infant Chronic Malnutrition (DCI) in San Martin: Infant Chronic Malnutrition is being tackled in an integral manner by the DIRESA, 10 Networks of Health, 43 micro-networks and 237 first level health centers, through the implementation of the Program of Integral Actions to Improve Infant Nutrition (PAIMNI) in the Region of San Martín, in 37 priority-districts covering, 915 localities and 142 native communities.

This program has been initiated as a Pilot Project at the micro-networks of Soritor, Jepelacio and LLuyllucucha. Each one of those micro-networks has complied with the application of the phases of classification and sector/adscription, thereby having obtained a first list of children under one year of age and pregnant women, which is the first cohort that is shown hereunder:

Number of children having less than one year of age and pregnant women, December 2012

MICRO-NETWORK	Children< 1 year	Pregnant Women
M.N. Lluyllucucha	392	186
M.N. Soritor	515	294
M.N. Jepelacio	264	179
Total	1171	659

Source: report of micro-networks. December 2012.

Subsequently, a first longitudinal follow-up monitoring was carried out, which consisted in a methodology of cross-control among each one of the health centers in order to know the degree of performance of health personnel regarding the application of the PAIMNI effective interventions.

Results obtained show that only between 40% and 60% of health personnel correctly registers the Clinical Records according to the Registry Monitoring Matrix of Effective Interventions (Appendix 02). This fact is due to several reasons. One of those reasons is either the lack of expertise, or the excessive number of types of forms existing. Another identified reason is that there are activities that are not executed. This is due to the fact that they are not identified as effective interventions (for example, the administration of Albendazol to pregnant women) or because there is not the necessary supplies of medicines (micronutrient, zinc, calcium).

With the aim of reinforcing the capacities of personnel of the prioritized health centers regarding effective Interventions, practical training is being carried out in four moments: 1. Attention to pregnant woman; 2. Attention in delivery and to the newborn child; 3. Attention to infant under 6 months, and 4. Attention to infant between 6 and 12 months. The purpose is to standardize management criteria at the different levels of attention pursuant to the MOH norms in force and other international referents on this issue. Those human resources belonging to the health centers have been programmed for this training.

PAIMNI's excecution contemplates the preparation of the ¨Plan of Expansion of PAIMNI at Regional Level-2013¨ (Appendix 03) which is currently submitted for validation to the DIRESA San Martín. This plan includes the instruments for technological transfer of procedures developed within the pilot- micro-networks that shall serve for regional expansion: module of conceptual framework of PAIMNI, module of classification, module of sector/adscription, module of longitudinal follow-up (Appendix 04).

One of the initial steps for development of the regional scaling is the training of the health human resources in ¨rapid assessment of the health facility¨, process whereby a baseline is established regarding operational conditions in which health centers currently function. This training process has, as an intermediate product, the determination of the gaps of necessities in terms of human resources, equipment and infrastructure, having as its final product the ¨Plan for Closing Gaps¨.

According to the experience that the project has accumulated there is a favorable attitude on the part of health centers personnel to tackle the issue of infant malnutrition, particularly in the most distant villages. However, there exists the demand of time of this same personnel to excecute other technical and logistical activities within their daily duties to obtain the results as expected by DIRESA. This is the challenge that has been assumed by the DIRESA.

On the other hand, the Proposal of articulated management of service provision against infant chronic malnutrition in the Region has been finished. Therein the following limitations have been identified: a) Fragmented organization, both horizontal and vertical; b) Low-productivity in outpatient service in health centers; c) Insufficient attention to scattered populations; d) Limitations in the systems of resource management and on the autonomy of health centers; e) Systems of planning and control which are formal and limited; f) Rigid organization of the supply, and g) Absence of effective incentives to enhance the operational effectiveness.

By analyzing each one of these limitations, it can be seen that, in order to reverse this situation, there must be taken measures necessary to produce the opposite effect, that is, measures that amplify working capacity and reduce and attenuate the obstacles which hamper work. With regard to the provision of health services, measures must be taken in order to simplify individual outpatient service visit; to demand registration of population under responsibility and the risk-factors; to implement a system of remote support in order to support health centers and the Community Health Agents (ACS); to implement rotation-services of the more-specialized personnel, (increasing the operational capacity of the network), to amplify the role played by the ACS. Regarding resources management: to provide administrative autonomy for health centers; to make effective a real funding for health centers for them to be able to make medium size investments.

Finally, technical assistance is currently being provided in the preparation of the Concerted Regional Health Plan 2013-2018 (Plan Concertado Regional de Salud 2013-2018), on the basis of regional priorities of health damages and determinants identified by technicians. These preliminary priorities are submitted to a citizenship consultation process, after wich definite priorities are set. This participatory process is fully acknowledged by regional authorities, and priorities selected remain official and mandatory for regional health policies definition.

1.1.4 Improve monitoring and reporting of how the health system addresses gender, culture, and stigma and discrimination issues in health

In this project, there is an indirect way but permanent and transversal to all components to improve monitoring and reporting of how the health system addresses gender, culture and stigma and discriminations issues in health. For example, our main deliverables are oriented to increase the universal insurance, so, in terms of increase insurance coverage, we are working to study and propose viable alternatives to incorporate into health system a groups of people currently without identification card (DNI) who are mostly children and women, incorporate a dispersed and rural population (Quechua-speaking generally) and inaccessible forest areas (with a variety of native languages).

Additionally, in direct way, all the training activities are monitoring gender participation as shown in Table 1 and 2.

1.1.5 Strengthen intergovernmental coordination mechanisms for health policy

This quarter the project has attended the XII Regular Meeting of the Intergovernmental Commission of Health- CIGS (acronym in Spanish), in which the national government is represented by MINSA authorities. Regional governments are represented by the National Assembly of Regional Governments - ANGR (acronym in Spanish), regional health directors and representatives of Municipalities Association of Peru - AMPE (acronym in Spanish). Within this meeting the agenda of health policy priorities has been set for intergovernmental management for the period 2012-2016.

The agenda includes the following topics:

a. Primary care and improving access to health services, which at this stage is focused on strengthening investment in 748 strategic facilities.
b. Access to specialized services through easing measures to specialized health professionals sharing between MINSA and EsSalud.
c. Improved hospital management, mainly through modernization of its information systems.
d. Health Financing process improvement mainly for estimating financial requirements 2014.

Develop and implement regional plans to monitor compliance with regulations and standards governing the Health Sector

1.1.6 Increase monitoring and enforcement of governing regulations and standards in the Health Sector by regional authorities

These activities have not started yet.

1.2 Health Sector Financing and Insurance

Improve health coverage of poor and vulnerable populations

1.2.1 Ensure health sector resources (regardless of source) are complementary to promote equitable access to health services

The activities foreseen in this section have acquired a momentum as a consequence of (1) the publication of Supreme Resolution- RS Nº001-203-SA- dated January 8, 2013, which stipulates to entrust the National Health Council (CNS) the task to formulate and propose the necessary measures and actions that permit reform in the health sector and (2) the request submitted by the Financial Commission of the CNS to prepare a proposal for changes that shall increase social protection in health.

Specifically, as part of the Working Team of Revision and Updating of PEAS, a plan has been defined and is under execution.

Up to the present date, the following tasks have been accomplished:

- Revise and correct CIE-10 codification of PEAS.
- Revise PEAS by chapters (Chapter I)
- Revise PEAS by chapters (Chapter II)
- Revise PEAS by chapters (Chapters III)
- Discuss the plan's final products and issue conclusions and recommendations.

In the following month it is expected to finish the revision of the three pending chapters, as well as the valuation of the officially approved PEAS.

Regarding the Regulation of the Law of Public Financing of The Public Health Insurance Scheme the proposal has not been approved yet. It is expected that MOH shall generate a greater space for analysis with the aim of including therein details with regard to the financing of subsidized and semi-contributory insurance.

1.2.2 Enhance financing and health insurance coverage through implementation and scale-up of pilot programs for providing universal access to a basic health care package

In the present quarter the project has made the follow-up of the public budget recived by regions within the framework of the extension of Universal Health Insurance that, with the exception of Lima provinces, is supposed to be in force in the country. The observations for the present year are:

1. The SIS-Seguro Integral de Salud (Integral Health Insurance) has made advanced payments for the rendering of services. Those payments shall be balanced according to the regions' production report.
2. Within the framework of the Management Agreements, 94 Millions shall be transferred as an average payment per affiliate.

Particularly, this last amount, in theory, permits the regions a less restrictive budgetary allocation. This means that the regions can assign these funds to cover recurrent or capital expenses. However, information vacuums have maintained the regions without any capacity to have an effective budgetary management in order to attend, the gaps in the Entry of Goods and Services and in particular for the contracting of staff (CAS).

The Project has contributed with information and recommendations with the aim that the regions may not cease to maintain the CAS payroll and/or increase it if required, by imputing such increase on donations and transfers of SIS. In Appendix 5: Report on Regional Budget 2013.

1.2.3 Design and implement the policies and mechanisms required for insurance coverage of populations employed in small and micro enterprises.

The SIS has defined the conditions of insurance for the micro-entrepreneurs within the framework of the new conditions of the Unified Simplified Registry (RUS) and in accordance

with the 2013 Budget Law. This is based on the continuity of payments to the new RUS and registry of the micro-enterprises. The Project will be alert to the increase of affiliates in this group which has differentiated conditions of insurance.

Additionally, within this quarter, the Project prepared an executive report of estimation of oncology insurance premium whose figures, at the given moment, have permitted to sustain the financial requirement for Plan Esperanza.

1.2.4 Develop long-term plans for resources needed based on estimations of costs as insurance coverage expands and are based on the changing disease profile of the country (i.e. burden of disease).

The determination of the calculation of the total cost of the attention premium of the Essential Plan of Health Insurance (PEAS) on the basis of an actuarial study has been entrusted by Law 29761 dated July of the year 2011 to SIS.

Up to the present date, the Project is on the alert for the initiation of the actuarial study. However, the process of selection of the six foreign firms that have pre-qualified has not been finished.

Ensure efficiency and equity in health resource allocation

1.2.5 Design and implement a system for results-based budgeting, to be utilized by national and sub-national health authorities

The ordinary activities in this section include the gathering, processing and analysis of budgetary data of both the Budget per Results (PpR) administrative systems, as well as the finantial systems. In particular, each first quarter of the year, this analysis permits to know the regional and central levels of performance and the budgetary perspective for the current year.

Additionally, the MOH in compliance with the norm of the Ministry of Economy and Finance (MEF) Nº001-2013-EF/50.0 “Guidelines for Budgetary Programs within the framework of the planning and formulation of the Public Sector Budget for fiscal year 2014” has issued the Ministerial Resolution RM Nº070-2013/MOH for the incorporation of the Commission in charge of the process of revision of the Budgetary Programs in force within the year 2013 and the proposal and design of new Budgetary Programs.

Regarding the revision of Budgetary Programs in force within the year 2013, the Project has been providing TA to standardize budgetary products to the level of aggregation in accordance with the guidelines of MOH policy and, additionally, the Project has provided information on the cost matrixes for the PAN and SMN programs for the MEF to include them within the SIGA software and, as far as possible to present the multiple and inefficient allocation of time of operational staff on the revision of inputs involved in the production function of health activities.

With regard to the proposal of the new Budgetary Programs, this proposal has as its foundation the evaluation of the advantages and disadvantage of proposing a School Health Budgetary Program. See Appendix 6: Report on Meeting Regarding Budget 2014.

On the other hand, the Project is member of the Budgetary Follow-up Team of Maternal Neonatal Health (Salud Materna Neonatal-SMN) and of the Coordination Committee against Poverty. Within this framework, the Project participates in this program's budget follow-up and contributes with its analysis. To this end, during this quarter, were prepared comparative figures of the budget of the Products of the Budgetary Program of Maternal Neonatal Health.

This quarter the technical assistance provided to MIDIS was minor, while the follow-up plan for the agreements on DCI rates reduction assumed between MIDIS and the regions within the framework of Spectrum workshops resulted to be below the malnutrition rates reported by ENDES. Consequently, MIDIS has been in a process of re-negotiation the goals during this quarter.

1.2.6 Assess the current system for financing health service provision under decentralization and universal health insurance

In San Martín, workshops have been held for evaluation and execution of the physical targets under 2012 budget; estimation of the budgetary allocation 2013 and also to attend to the region's requirements. The process of planning the 2014 budget has begun with the organization of working teams for measuring the 2012 production for the automation of forms for regular reporting of production and management of operative plan on the part of the DIRES.

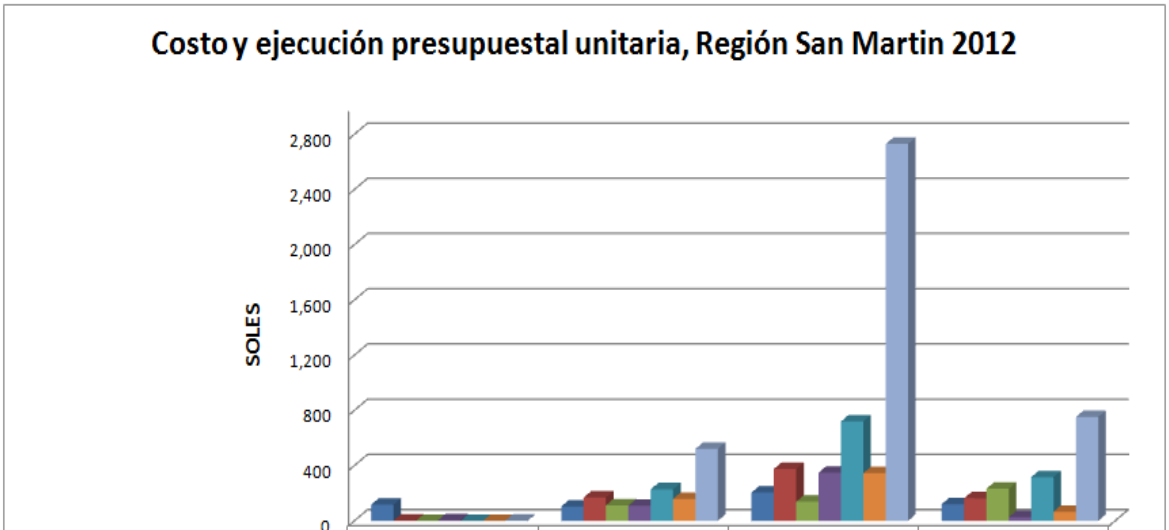
To that end, the following information has been prepared:

- Excel application for the registration of the executed budget of San Martín Regional Government (RG) 2012.
- Budget-Comparison: 2012 and 2013 of Regional Governments in personnel and contracted staff through CAS.
- Protocol of revision of HIS Database.
- Preparation of Database of Budget executed by the Regional Government of San Martín in 2012 according to: Budgetary Execution Unit, Budgetary Program, functional division, functional team, product/ project, activity/work/action, unity of measure, target goal, physical advance of target and financial advance of target.

1.2.7 Develop payment methods and resource allocation models based on the health needs in different regions, corresponding to healthcare provided (in terms of the nature, quantity and quality of care), and to appropriate improvements in infrastructure and equipment

Notwithstanding the efforts to improve planning of the Public Budget and to strengthen the policy of Result-Based-Budget, there are aspects related with the planning instrument accepting exogenous allocation of funds that generate surprise to the DIRESA. This is due to the fact that previous documents contained different quantities of physical goals and different budgetary amounts. In the case of San Martín the difference between budget allocation and average costs per product is similar to the 2012 budget.

This new evidence shows the need to seek strategies to (1) shorten the process of budgetary planning due to the fact that the allocation is exogenous to this work and (2) to emphasize the definition of physical targets in the packing process to follow-up of people cared, instead of the revision of inputs (Current practice).



	PROMOCION Y EDUCACION EN PRACTICAS SALUDABLES	ATENCION PRENATAL REENFOCADA	ATENCION DEL PARTO NORMAL	ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL
COSTO IE	116.79	104.74	205.00	120.34
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL UNITARIA	1.16	169.32	375.68	163.05
UE 400	0.00	113.25	138.42	232.04
UE 401	5.91	108.29	349.11	25.99
UE 402	0.00	228.97	720.21	316.39
UE 403	0.00	159.24	345.24	66.12
UE 404	1.66	521.48	2,730.67	752.13

In addition in this quarter the consultancy to design a coordinated management pilot to reduce the chronic child malnutrition (DCI) has been completed. Although the scope of review of primary data has been set in San Martin region the proposal has important implications for indetifying ways to improve the efficiency and equity in primary health care. Both potencial achievements (efficiency, equity) can, in turn generate a virtuous circle, though which efficiency savings to improve equity, for example, to finance regular activities of basic care for people who do not currently access the fixed supply.

The consultancy has identified limitations and proposes a new model of operation and structuring of primary care, fostering the potential institutional and intergovernmental and intersectoral coordination, to meet the operational challenges imposed through the diverse people health demands. Appendix 8: Design a coordinated management pilot to reduce the chronic child malnutrition (DCI)

Regarding the technical assistance to MOH in the application of the multiannual investment planning (PMI) methodology, within this quarter there has been carried out the identification of the investment needs of 259 strategic centers of nine regions (Ancash, Arequipa, Callao, La Libertad, Lambayeque, Lima provinces, Madre de Dios, Piura and Metropolitan Lima).

Regions	Workshops	Number of participants
Ancash	1	40
Arequipa	1	45
La Libertad	1	60
Lambayeque	1	30
Lima provinces	1	60
Madre de Dios	1	25
Piura	1	55
Metropolitan Lima and Callao	1	120

With this, there has been concluded the scaling up of the application of the methodology of multi-annual planning in the country with the exception of Ica, as shown within the following chart:

Technical Assistance to MOH	Regions	Number of Health Centers /% regions involved	Relevance
Application of PMI methodology	Planning carried out in the year 2012	471 Health Centers (63%)	Change in practices in the formulation of studies. Permits a territorial outlook, is based on portfolio of services and estimates of demand for benefits offered by the State in insurance plans.
	Planning carried out in the first quarter of 2013: Ancash, Arequipa, Callao, La Libertad, Lambayeque, Lima provinces, Madre de Dios, Piura and Metropolitan Lima.	259 Health Centers (35%)	
	Regions wherein PMI has not been applied: Ica	18 Health Centers (2%)	
Formulation of implementation plan of strategic health centers for the 2013-2016 period.	Central	748 Health Centers	Will permit to secure financing during period. Will reduce management of investment cycle to 2-3 years. Will permit consensus on investments with regional and local level.
Assistance to the Regional Government of San Martín	San Martín	207 Health Centers	Sustain before MEF to secure destination of 163 Millions of soles (preliminary estimates).

After this phase, MOH will initiate the formulation of the pre-investment studies of the strategic health centers taking as inputs the projected portfolio of services and the referential population identified in the planning. This implies a substantial change in the routine of formulation of studies, which hereafter will be based on a territorial outlook, on a portfolio of

services and in projections of demand according to the benefits offered by the Peruvian State in the insurance plans.

An additional line of technical assistance to MOH has been carried out by participating in the formulation of the plan of implementation of the strategic health centers for the 2013-2016 period. This plan is expected to be approved by Supreme Decree with the aim of securing sustainability in time, independently of changes in the ministerial administration during the present government. The plan includes strategies that seek to reduce the cycle of management of investment from an average of 6-7 years to 2-3 years.

Specifically in the Region of San Martín, cooperation has been carried out in sustaining before the MEF the first part of the profile of the Project of public investment to reduce chronic infant malnutrition in 37 priority-districts. This project is seminal in two aspects: 1) The technical planning of the component of infrastructure and equipment was based on the decisions exposed within the Multi-annual plan of investments (PMI); and, 2) The project's coverage is the strengthening of 207 health centers located within the 37 priority-districts. Both elements constitute new practices in the formulation of studies that will permit, within a scenario of greater investment budgetary resources, to migrate toward projects having greater coverage and size, thus, making investments more efficient in time.

1.3 Health Information

Strengthen the capacity to collect, analyze and use data in the health sector

1.3.1 Promote the use of information in decision making at national, regional and local levels, especially with respect to health service provision, policy making and oversight of new initiatives

As part of the process of preparation of the Peruvian Health Sector Yearbook under a standardized approach, the Project, in mid-2012, submitted to the specialized committee on information of the CNS a proposal of the reports to be used in this publication. Subsequently, during the last months of 2012, this set of reports underwent a validation process with the assistance of an external consultant hired by the committee to that end. This process came to an end in January 2013, when the validated version was forwarded to the advisors of CNS. The respective presentation was left pending as well as the final approval of the yearly report; approval which shall lead to its respective publication. (The project will provide financial support for the publication edition.)

Regarding the design and execution of a plan to produce information on sanitary priorities on the basis of the provider's information, during the present quarter the following activities have been developed:

Advance of Longitudinal Follow-up Model – There has been finished the proposal for the formulation of the expected indicators for the monitoring of the DCI and for identifying the sources of information from the GalenHos database. Besides, there have been proposed complementary functional requirements which imply the execution of some program-

planning modifications in the child module (módulo niño) and in the building of the maternal module (módulo materno).

In this manner, the list of indicators that takes as its framework the Program of Integral Actions for the Improvement of Child Nutrition - Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil (PAIMNI) has been formulated nominally, descriptively and from an strategic scope for the longitudinal follow-up. Information used has been the operative rules of procedures, the PPR operational definitions and the guidelines of the different regulations of the strategies involved. Additionally, at the request of MIDIS, additional indicators have been developed.

Functional Requirements for Longitudinal Follow-up	Necessary Modifications in GalenHos
Identification and Integration of Children's Data	• DNI-Documento Nacional de Identidad (Identity Card) • Mother's DNI + number of children
Indicators for Follow-up Process	• GalenHos must have an entity linking the principal IE referred to health with health records of children having less than 5 years of age for the purpose to let it be known, both at local level as well as by feedback from regional level, a scheme of alerts (reports or calls) involving the physical follow-up of those children which are not receiving the IE within the established period.
Indicators for Follow-up of Results	• GalenHos must have control over children by cohorts indicating, according to results of age, weight and height, when there shall be issued risk-alerts or temporary-estrangement-from-controls alerts for follow-up of results.

Also, advances have been accomplished in the building of data cubes and reports that will complement the information needs for decision-making. This advance is expressed within a document that is currently being prepared wherein it is accurately stated the structure (fields that reports must contain and dimensions that information-cubes shall have).

Development of Datamart for consolidation of information and management of sanitary priorities of DCI – The analysis carried out on the indicators has been consolidated within two documents. In the first document there have been incorporated the description of the indicators, their formula, numerator, and denominator. In the second document there has been incorporated the logic to be followed in order to calculate each one of the indicators as of the fields and values registered in the GalenHos system, thus, permitting in this manner to have a product-input that will permit the development of a datawarehouse. The programming of Datamart is currently under execution and it is expected to be finished by the end of the following quarter.

Methodological Guide for implementing and using longitudinal follow-up in DIRESA, Networks or Micro-Networks – A methodological guide has been developed as part of the training-module in longitudinal follow-up wherein its value is disseminated as a working-system that permits, among other things, to control health provision quality of care.

However, it is worth to point out that the development of a Users' Manual has been taken into account. This manual will serve as a methodological guide of Galenhos Datamart once this product is finished (following quarter).

1.3.2 Improve data collection methods

During the present quarter, the Project has continued with the improvement of data collection methods. Regarding the development of GalenHos and AT Modules for longitudinal follow-up, the following advances have been accomplished:

Advance in the development of the maternal health module- On the basis of the work carried out in the analysis of the indicators of Child-Maternal-Neonatal Health, there has been proposed the need for new fields that shall permit to register the necessary activities and diagnoses in the Galenhos for it to be able to serve as data-source for indicators. In the following weeks priority shall be granted to the revision of the basic analysis of Maternal executed with the purpose to secure having all the necessary fields and the proposals for the necessary improvements shall be carried out.

Advance in the development of the module of reports for local management (micro-network) of the DCI and maternal health – Proposals have been initiated for the necessary variables within the reports for local management coming from Galenhos, as well as for the documentation forms currently existing for each one of the strategies and the logic conditions that shall permit to obtain warnings or states of alert that shall be useful in local management.

Technical Assistance for strengthening of data-processing infrastructure in the PAIMNI districts - The Project, during the last quarter as well as in the present quarter, has provided technical assistance to San Martin RG regarding preparation of a proposal of technical specifications for the acquisition of assets (data-processing equipment) for the PAIMNI health centers. To that end, technical meting were held in order to determine a better approximation of the amount of working stations necessary for each health center with relation to the amount initially considered (which was based on fixed quantities according to category). For this purpose the following data was used: Target Population, Number of Members of the Staff working in each health center, the Number of Available Physical Space within each health center and a distributive algorithm. When quantities were defined, has used a model of template of the Public Procurement Office (OSCE) for preparation of document of technical specifications called: "Acquisition of Data-Processing Equipment: Working Stations, Servers, UPS, Printers and Licenses of Software".

This document was submitted to San Martin RG to be revised and/or improved by including changes that San Martin RG considered pertinent (a third approach on the basis of the knowledge of reality acquired in the field). This revision took place in San Martín during two working meetings carried out by the San Martin RG technical staff (Office of Information

Technology) which had the support and participation of our Regional Adviser and of our Local Assistance Data-Processing Consultant.

Technical Assistance for strengthening of first-level connectivity in the PAIMNI districts, the Project provided technical assistance to San Martin RG in preparing a first proposal of a benchmark for the hiring of Services (Structured Wiring and Electric Network) for PAIMNI centers. To that end, on approximation of the quantity of equipment determined for each center in order to calculate the number of data-network points and electric points in each center was used. Also, the document called: "Service of Implementation of Structured Wiring and Electric Network of the San Martín Region first level health centers" was prepared. This document was submitted to San Martin RG to be revised and include the necessary changes. Said revision took place in San Martín with support of our Regional Advisor and our Local Assistance Data-Processing Consultant during two working meetings with the San Martin RG technical staff (Office of Information Technology).

Monitoring of advances of infrastructure in the PAIMNI districts – In San Martín, during the present quarter, GalenHos has continued to be implemented as part of the strategy of the struggle against intant chronic malnutrition. At the present date there are 46 health centers working in the implementation of GalenHos, of these, 36% have completed the affiliation phase; 49% are within the middle of this phase; and 13% of health centers have accomplished an intermediate phase at the level of production of outpatient health care and, finally, there are also some health centers that have completed the phase of production of services, (Lluyucucha, Jepelacio and Soritor), this fact implies an advanced functionality of GalenHos.

Also, the Soritor and Tabaloso Health Centers were jointly visited with USAID personnel to evaluate a sample of pre-existing conditions with regard to the new processes of acquisitions of goods and services that will permit the expansion of GalenHos to 234 PAIMNI Health Centers (49 of them to be implemented with the GalenHos system and the rest to be provided with Tablets with an abridged version of the system for report of information). Recommendations were expressed, and they will be implemented by the San Martin RG technical staff.

Regarding the advance of other additional developments which imply improvements in data collection there are the following:

Advances in Development of Module of On-Line Appointments – In the Module of On Line Appointments the following modifications have been carried out during the last period:

- The original user interface has been modified to include the patient's option to choose the health professional with which the user wants to be treated.

- There has begun the codification of options of importation and exportation of data with GALENHOS, thereby permitting data-sharing in the processes of programming and assignment of APPOINTMENTS between both systems.

- Internally, the change of programming into layers according to the established standards has begun.

• The tables of the module of APPOINTMENTS were modified to be able to contain importation and exportation data.

Advances in Development of Module of referral, couner referral and others – The Project has agreements for free use of GalenHos with DIRESAS and Hospitals; these agreements involve compensation on the part of these health centers in the form of development and/or maintenance of additional modules.

During the present quarter the Project has carried out a workshop for program-planners pertaining to the entities with which agreements have been signed in order to train these program-planners in the standard of analysis (NTP 12.207 and Metric Methodology 3) and in the programming style of GalenHos (client-server to 3 layers) for them to be able to comply with the assumed commitments. Among these commitments, the following ones are specified:

Hospital or DIRESA	Agreement of Compensation in Software Programming	Type	Module in Agreement
Cajamarca Regional Hospital	Development of Module of Operation Ward.	Development	Operation Ward
Sicuani Hospital-Cusco	Development of Module of Blood Bank.	Development	Blood Bank
Belén Hospital-Trujillo	Development of Module of Individual Management of Medicines by UNIDOSIS.	Development	UNIDOSIS
DIRESA AYACUCHO	Analysis, Design and Development of Modules of Reference and Counter-Reference, and laboratory.	Development	Referral Counter referral.

Also there are other agreements involving maintenance and improvements in reports of the modules of hospitalization, emergency, pharmacy, laboratory and clinical record.

In this manner the Project will collect the pending functional requirements detected within the institutions where currently functions GalenHos for providing, after a process of priority-ranking and classification, the respective working teams with the assistance needed for them to carry out the processes of development, quality control and respective tests.

1.3.3 Monitor and evaluate the quality of health services and programs as guaranteed under universal health insurance law in no less than one priority region.

A pre-requisite for the monitoring and evaluation of the quality of health services guaranteed under the Universal Health Insurance Law is that those entities providing health services must use standardized data in accordance with the relevant information needs. Said pre-requisite implies the need for the Project to support the processes linked with the securing of said standardization, already in practice.

During the last quarter, coordination efforts were carried out with the MOH-Office of Statistics and Data Processing; MOH-Office of Health of Persons of MOH; MOH-Office of Medicines, Supplies and Drugs and with SIS with the aim of updating and unifying criteria and procedures to manage and generate health data. This is due to the fact that although

Supreme Decree 024-2006-SA established CPT as the standard identification of medical terminology, SIS and OGEI of MOH as well as other institutions of the sector use different versions of said catalogue. In those coordination efforts carried out, the Project offered to provide technical support with the aim of conciliating the different versions of similar catalogues.

During the present quarter, technical support has been provided for the standardization of the codes of terminology of current medical procedures (CPT); to this end the existing PEAS documentation has been improved thereby conciliating the different CPT versions in use and completing the relationship of the codes CPT-2010 and the revised PEAS catalogue with the common description, long, description and rule of use. Both documents are currently within the final revision phase of approval.

The aforementioned will serve as input for the design and development, in the following quarter, of a set of reports for monitoring the quality of services in conditions selected by PEAS.

1.3.4 Streamline and improve the HIS as a whole so that needed information at all levels is cohesive, avoids duplication and is produced efficiently.

For the integration of information the strategy of decreasing the multiplicity of processes of registry of information at local level has been used by the exportation of electronic information from GalenHos to parallel systems of information, such as HIS, SIS, SISMED, SEM and SIP2000.

Under the previous context, during the present quarter, implementation has been continued of the functional requirements of SIS within GalenHos (basically inclusion of management of Formatos Únicos de Atención – FUA-Sole Attention Forms). Having been concluded the implementation of the rules of consistency of SIS within the local management software and currently in the process of coordination of two levels of revisions: The first one carried out by its data-processing technical personnel (currently in process) and the second one by its users' personnel – revision to be executed on the basis of the memorandum of functional requirements of SIS in GalenHos which was negotiated between PolSalud and SIS at the proper time.

The development of the module of FISSAL shall be re-scheduled according to the availability of resources, however, the System of Integration with SIS shall serve as base model for said implementation.

1.3.5 Support the implementation of regional action plans for the improvement of the performance of the regional HIS

Currently the Project is providing technical support for implementation of the regional action plans for improving the health system of information within two priority components:

(a) Routines of consolidation of key data - During the present period, the following advances have been carried out:

Advances in development and validation of the module GalenHos SIS - Development of SIS processes within GalenHos has been concluded. This fact implies that the new software

version has routines to validate and recognize SIS affiliates, to render consistency to data for FUA of SIS, as well as to print and export electronically FUAs for sending them to SIS. Currently we are within a process of revision of developments carried out by SIS technical personnel.

Advances in development and validation of the module GalenHos HIS - In the new software version there has been integrated the new module called HIS Point of Digitizing which shall serve to digitize the external health activities because the internal health activities of persons are exported from the same management data of GalenHos. Some working meetings have been held for validation of advances, therein having been recommended some modifications for improving efficiency in data-registry. Likewise, in the department of San Martín, personnel of the Project has participated in a workshop of revision of restrictions of HIS 2013.

(b) Expansion of the Implementation of GalenHos at national level - During the current period the following advances have been accomplished:

The Ministry of Health has entrusted the SIS to carry out the process of expansion of the implementation of GalenHos at national level; having been scheduled for this year a goal of 34 hospitals throughout the country. The Ministry of Health recommended emphasizing those hospitals located in Lima.

Also the SIS has been entrusted to develop a strategy for the first level of attention. This strategy implies its strengthening and the establishment of systems of information at the first level of attention.

The SIS jointly with a MOH commission comprised by DGSP, OGEI, and OD visited different hospitals to disseminate the GalenHos project. Also the SIS visited with the same commission some hospitals located in the provinces wherein GalenHos was already functioning and other hospitals where its use was to be promptly initiated.

The Project provided TA to SIS for preparing the plan and strategy of the process of expansion. Also, the Project worked jointly with SIS in the organization of an event of dissemination and definition of commitments with hospitals, (February 22). This event was attended by 89 representatives of 25 hospitals of Lima and 10 more regions participated by teleconferencing.

This process concluded with a pre-list of participation commitments of the Hospitals. Currently the SIS is waiting for the financial resources to initiate the execution of the Plan.

Among the regions involved in the process are hospitals of Lima, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, La Libertad, Pasco, Piura, Tumbes, among others.

Also the Project coordinated with DISA Lima Sur and MOH for the establishment of first level pilot projects in the City of Lima. Consequently, personnel from a network of San Juan de Miraflores and Villa María del Triunfo has been trained to begin implementation of GalenHos in the CMI Daniel Alcides Carrión and in CMI Tablada de Lurín.

Besides, during the current period, a GalenHos training course for final users has been carried out as well as another training course for software developers wherein participated personnel of the Regional Hospitals of Ica, Sullana II-2, Santa Rosa of Piura, Regional Hospital of Cajamarca, Belén of Trujillo, Nacional Sergio Bernales of Lima, Nacional Dos de Mayo, Apoyo of Huanta, Nazarenas and DIRESA Ayacucho.

Finally, the Project, due to a formal request submitted by DIRESA Ayacucho, has continued to provide technical assistance to the process of implementation of GalenHos in health centers of Ayacucho. Overall, out of 39 health centers, 29% are working with GalenHos in network, 100% are in the phase of affiliation 85% in clinical records and 5% on programming and appoimtments.

1.3.6 Ensure compliance with appropriate national data quality standards, developed with USAID/Peru support, at regional and local levels

During the past quarter, regarding the promotion of standards of inter-operation for pre-existing health systems of information that fulfill information quality criteria but are non-connected, coordination efforts were carried out with the current administration of OGEI-MOH for it to re-initiated actions for implementation of the standard of inter-operation-capacity HL7 in Peru.

During the present quarter and during the month of January of the year 2013 a presentation was carried out with regard to the benefits and the manner of implementing the HL7 health data inter-operation capacity standard in Peru before the sector-committee specialized in information of the Consejo Nacional de Salud-CNS- (National Council of Health) with the aim of promoting inclusion within the 2013 Work Plan.

Also, a series of presentations have been prepared for the dissemination of the HL7 basics, and posted in the project's web. Likewise, there has been initiated the development of the proposal-document for implementation of the HL7 Peruvian Chapter.

Regarding the development of the module of management of images that imply the use of standards of inter-operation of data and images using HL7 and DICOMM, it is still impossible to obtain the financing agents for its development. However, it is expected that, as part of the process of expansion of GalenHos in MOH, the possibility for its financing might be increased.

1.4 Health Workforce

Support the design and implementation of a broad-based system for planning and managing the health workforce to ensure competency of workers in the health sector.

1.4.1 Build consensus regarding health civil service reform.

During this quarter, the project had technical meetings with the MOH in order to define a framework for Health Career Path. This framework is related to the Health Human Resources Management System, and the purpose of the MOH is to have a conceptual framework for a common language with all levels of decision.

Besides, the project has participated as technical advisor, in meetings of Human Resources Technical Committee of the National Council in Health. The project was designated as member of 2 sub-committees: a) To prepare a proposal of evaluation of National Health Human Resources Policies; and b) To prepare a proposal of strategies in HHR to be incorporated in the document of Health Reform.

1.4.2 Develop long-term plans for Human Resources, including development of the appropriate set of job functions at different professional levels and responsibilities in the health system and forecasting needs with respect to these functions

During this quarter, at the Central level, the project worked closely with the Ministry of Social Inclusion (MIDIS) and the MOH in the design of a proposal to define the gap of HHR to provide social programs such as CRECER, Cuna Mas and Pension 65.

The project provided technical support to MIDIS technical team in order to design a Scope of Work for the “Analysis of gaps in Health Human Resources (HHR) in 2 micro networks and the design of a proposal to cover them”. Besides, the project has helped MIDIS in the recruitment and selection process to hire an expert to develop the following products:

- Work plan including methodology and schedule

- Technical document: “Package of benefits and procedures related MIDIS Social Programs users", based on PEAS and MOH standards of care. With information related to the possibility of transfer selected activities to other providers (Task shifting).

- Technical document: Baseline containing: a) Productivity of health facilities related to the procedures of MIDIS package; b) List of equipment and instruments to provide services and procedures of MIDIS package; c) Perception of Social Programs users on the use of health facilities, based on a sample provided by MIDIS.

During this quarter, MIDIS package and all the instruments to collect information for the baseline were defined.

1.4.3 Develop competency profiles for health managers at the regional and health network levels

During this quarter, the project provided technical assistance to San Martin HRD in the analysis of the new organizational structure. Based on this analysis, the project has provided technical assistance in the definition of: a) specific functions; b) job descriptions and analysis; and c) job profiles.

According to San Martin HRD priorities, the following organizational units have defined their job profiles:

- Operative Offices (8 job profiles)

- Human Resources Development Direction (5 job profiles)

- Planning and Health Intelligence Office (6 job profiles)

- Direction of Operations (6 job profiles in process).

1.4.4 Develop, implement and monitor regional and local strategies for human resources recruitment and retention;

During this quarter, based on the rapid assessment of recruitment, selection and hiring process developed by networks in San Martin, a technical proposal to improve them was designed.

The diagnosis and the proposal were discussed with the MOH. The MOH was interested in a joint work in order to define tools and instruments to improve selection process at national level.

1.4.5 Develop policies and tools for ensuring continued staffing of health services

During this quarter, HPR project has worked closely with the MOH in the revision and the update of the technical document “Guidelines for Institutional Management of Health Human Resources”. The General Director of the Human Resources Management and Development Direction is very interested in the approval of this document and all the members of his management team is participating in technical meetings, providing inputs to the document.

1.4.6 Develop and implement workforce management policies with incentives and salary guidelines in collaboration with the civil service reform process

During this quarter, the General Director of San Martin RHD has coordinated with networks in order to use the salary scale in the contracting process of PHC staff. The implementation of the new organizational structure and the distribution of functions have delayed the recruitment process in the Region.

Ensure Competency of Workers in the Health Sector

1.4.7 Strengthen policies for continuous education and on the job training to improve quality of care; establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards.

As part of the design of job profiles, the project provided technical assistance to technical teams of San Martin HDR in the analysis of job functions and the identification of key competencies. These job competencies will be used in the performance assessment system.

1.4.8 Assess current staffing patterns at health facilities and work with local and regional authorities to develop policies, as appropriate, to organize and build capacities of health human resources in collaboration with professional associations and training institutions.

Professional associations in Peru are in the process of defining managerial competencies which cut across all health professions. During this quarter the project participated in an annual evaluation meeting held by Normalization National Committee of professional competencies of CONEAU, as a member of this Committee. In this meeting, each of the Professional Associations presented advances and limitations in the certification process. A

key issue and a big challenge is the need to define professional competences based on health services needs; the majority of Professional Associations shared the concerns of its associates to know to what extent the "professional competencies" that are designing, apply to functions that are currently playing in their workplaces

1.4.9 Establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards.

During this quarter, the project has continued the revision of existing legislation and national and international experiences for health sector managerial performance evaluation based on competencies.

1.5 Medical Products, Vaccines and Technologies

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

Activities under this component are going to start next quarter, after evaluating the main constraints for service provision in San Martin's micro-network where the pilot PAIMNi is being implemented.

2. Results Reporting Table

Project Components, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 1 -2013
1. Health Sector Governance		
Activity 1.1. Strengthen and expand decentralization of the Health Sector		
1.1.1 Support the MOH and regions in adapting to their new roles under a decentralized health sector		
Publicacion del Análisis de experiencia de Gerencias Provinciales Integrales en Huancavelica	LIM	
Implementación de la reorganización de redes y microrredes de salud		
Estudio de análisis vigente de la organización de la Red Moyobamba	SMT	POS
Estudio de análisis vigente de la organización de las microredes: Soritor, Jepelacio y Lluyllucucha.	SMT	POS
Elaboración de propuesta de plan implementación de la organización de red Moyobamba	SMT	POS
Elaboración de propuesta de plan implementación de la organización de microredes: Soritor, Jepelacio y Lluyllucucha.	SMT	POS
AT en la implementación de la organización de red Moyobamba	SMT	POS
AT en la implementación de la organización de microredes: Soritor, Jepelacio y Llullucucha.	SMT	INI
Monitoreo y evaluación de la implementación de la organización de red Moyobamba y microredes (S,J,Ll)	SMT	INI
Evaluación del avance de la reorganización de las DIRESAs		
Elaboración del Reporte Técnico de la evlauación de la reorganización de las DIRESAs.	LIM	ADV
Diseño e implementación del sistema de referencias y contrareferencias en el primer nivel de atención		
Diseño e implementación del modelo de trabajo extramural para la promoción y prevención		
Elaborar el modelo de trabajo extramural para la promoción y prevención	SMT	POS
1.1.2 Develop a regulatory framework for the MOH's new stewardship role		
1.1.3 Improve capacity of regional and local authorities to effectively and efficiently manage their health systems and programs		
Reuniones de coordinación con PCM, MOH, MIDIS, ANGR, etc.	LIM	COM
Curso de teoria de restricciones para MIDIS y PCM	LIM	COM
Elaboración de reporte de metodología de identificación de restricciones para la gestión descentralizada de DCI	LIM	INI
Elaboración de reporte de análisis de restricciones y funciones en salud transferidas a gobiernos regionales	LIM	POS
Elaboración de reporte de cambios organizacionales y procesos para la gestión descentralizada de DCI	LIM	POS
Elaboración de plan de AT a la ANGR	LIM	POS

Reuniones tecnicas ANGR, MIDIS con sectores involucrados para el desarrollo de la agenda de medidas para favorecer la gestión de la reducción de la DCI	LIM	INT
1.1.4 Continue the decentralization process by extending responsibilities to even lower levels of the political structure		
Coordinación con MIDIS, MOH y MEF para el diseño, desarrollo, ejecución, monitoreo y evaluación del PAIMNI		
Reuniones técnicas de seguimiento de avances en formulación e implementación de piloto MIDIS	LIM	COM
Reuniones técnicas de validación de propuesta de marco general de seguimiento con MIDIS	LIM	COM
Reuniones técnicas de validación de diseño de gestión articulada para la reducción de la DCI	LIM	COM
Reunión técnica MIDIS para realizar balance de avances del semestre: fase de programación, formulación y diseño de la implementación	LIM	COM
Diseño de instrumentos para la implementación del PAIMNI		
Elaboración de propuesta de componente de plataforma de capacitación gerencial para proyecto de inversión DCI de San Martín	LIM	PRO
Ajustes a propuesta de componente de plataforma de capacitación gerencial para proyecto de inversión DCI de San Martín	LIM	PRO
Ejecución piloto DCI		
Elaboración de material de capacitación clínica para la implementación de IE	LIM	PRO
Revisión del manual de operaciones en el marco de la nueva estructura organizacional de la DIRES	SMT	PRO
AT a la DIRESA para la implementación del manual de operaciones	SMT	POS
Entrenamiento clinico en IE	SMT	POS
AT para elaboración de resolución directoral que establece responsabilidades de adscripción y sectorización en jefes de microredes de Soritor, Jepelacio y Lluyllucucha	SMT	POS
Reuniones tecnicas para actualizacion del plan de la prueba de seguimiento longitudinal	SMT	COM
Actualizacion del plan de la prueba de seguimiento longitudinal	LIM	ADV
Reuniones técnicas para la implementación de sectorización a nivel de microredes (Soritor y Jepelacio)	SMT	COM
Reuniones tecnicas para definir pautas de implementación de prueba de adscripción y sectorización	SMT	COM
Reuniones técnicas para la implementación de la adscripción a nivel de microredes (Soritor y Jepelacio)	SMT	COM
Consolidación de lista de gestantes y niños de los establecimientos (Base de datos) de Soritor y Jepelacio	SMT	INT
Reunión técnica para planificar responsabilidades del manejo del listado gestantes y niños	SMT	PRO
Reunión técnica de presentación de informe de implementación de prueba de seguimiento longitudinal y recomendación de escalamiento	SMT	PRO
Reuniones técnicas de validación de propuesta de marco general de seguimiento longitudinal con participación de MIDIS	SMT	INI
Sistema de supervisión y AT de DIRESA a Redes		
AT a la DIRES para el monitoreo del cierre de brechas de condiciones básicas	SMT	INI

Diseño del piloto de gestión articulada (gobiernos locales)		
Diseño de la implementación del piloto de gestión articulada para la reducción de la DCI	LIM	ADV
Estudio de procesos críticos en la gestión articulada.	SMT	POS
Diseño preliminar del piloto: componente de salud.	SMT	POS
Diseño final de la gestión articulada y territorial.	SMT	POS
Elaboración y validación de plan de trabajo 2013 del piloto	LIM	INI
Implementación del seguimiento longitudinal - 3 pilotos		
AT para el desarrollo del Taller de Sectorización la MR de Lluyllucucha	SMT	COM
Documento Ténico de Diseño de Seguimiento Logitudinal	SMT	ADV
Presentacion de Listado de gestantes y menores de 1 año de MR de Soritor, Jepelacio y Lluyllucucha	SMT	ADV
Ingreso de datos a GalenHos	SMT	ADV
Preparacion de material para taller en seguimiento longitudinal por parte del personal de de salud de los EESS	SMT	ADV
Sistematización de la experiencia de seguimiento longitudinal		
Escalamiento de la experiencia piloto de seguimiento longitudinal		
Preparacion de material para apoyar a facilitadores de PAIMNI en la sectorización por parte del personal de de salud de los EESS	LIM	ADV
Monitoreo del seguimiento longitudinal a MR de distritos priorizados	SMT	COM
1.1.5 Improve monitoring and reporting of how the health system addresses gender, culture, and stigma and discrimination issues in health		
1.1.6 Strengthen intergovernmental coordination mechanisms for health policy		
CIGS		
Asistencia técnica a los comités técnicos de financiamiento, información y recursos humanos	LIM	COM
Recursos humanos: propuesta de escala salarial y dotación de recursos humanos	LIM	COM
1.1.7 Create mechanisms through which local authorities encourage and receive civil society input into the process of health planning, budgeting, management, service provision and oversight care		
Involucramiento de sociedad civil en la implementación del seguimiento longitudinal		
Captación de Agentes Comunales en Salud (ACS) y alianza con Juntas Vecinales(JV), de las MR de Lluyllucucha, Soritor y Jepelacio	SMT	POS
Preparacion de material en seguimiento longitudinal para capacitar a los ACS y JV	SMT	POS
1.1.8 Coordinate health providers and user groups' response to reduce gaps in coverage in approved regions		
Presentación estudio percepción de las gestantes y madres en relación a la implementación de las IE	SMT	
Estudio cualitativo de percepcion de los servicios de salud		
Activity 1.3. Develop and implement national and regional plans to monitor compliance with regulations and standards governing the health sector		
1.3.1 Increase monitoring and enforcement of governing regulations and standards in the health sector by regional authorities		

Diseñar e implementar un sistema de monitoreo del avance en la CALIFICACION de EESS a nivel de Microred		
Consolidar los informes de monitoreo de objetivos y reportes de actividades	SMT	TBD
2. Health Sector Financing and Insurance		
Activity 2.1. Improve health coverage of poor and vulnerable populations		
2.1.1 Ensure health sector resources (regardless of source) are complementary to promote equitable access to health services		
Central		
AT a SIS para articular el mecanismo de pago capitado con mejoras en su sistema de informacion	LIM	TBD
AT al SIS para la mejora continua del mecanismo de pago capitado en zonas AUS	LIM	TBD
2.1.2.Enhance financing and health insurance coverage through implementation and scale-up of pilot programs for providing universal access to a basic health care package		
2.1.3 Design and implement the policies and mechanisms required for insurance coverage of populations employed in small and micro enterprises		
2.1.4 Develop long-term plans for resources needed based on estimations of costs as insurance coverage expands and are based on the changing disease profile of the country (i.e. burden of disease)		
Activity 2.2. Ensure efficiency and equity in health resource allocation		
2.2.1 Design and implement a system for results-based budgeting, to be utilized by national and sub-national health authorities		
Central	LIM	
Elaboracion de plan de AT a MIDIS y regiones piloto en gestion presupuestal 2013 PAN y SMN (Convenio)	LIM	COM
AT al MIDIS para gestion presupuestal PAN y SMN 2013 en dos regiones piloto	LIM	COM
Conducción equipo de trabajo "Comisión" MIDIS-MEF-MOH-HP	LIM	COM
Elaboracion de pautas de programacion de actividades PAN y SMN del POI 2013 de dos regiones piloto (Directivas regiones)	LIM	COM
Elaboracion de pautas de formulación presupuestal PAN y SMN 2013 en dos regiones piloto (Directivas regionales)	LIM	ADV
Desarrollo de cubos para la formulacion presupuestal PAN y SMN 2013	LIM	COM
San Martin	SMT	
Evaluación del presupuesto requerido 2013 por UE con la disponibilidad financiera	SMT	COM
Revisión de la estimación de cobertura basal y meta asociados a Intervenciones Efectivas (Spectrum)	SMT	COM
Taller con aplicación de Guia Spectrum	SMT	COM
Anualización de metas de cobertura priorizando áreas geográficas	SMT	COM

Talleres con DIRESA y Redes/UE para la distribución de alicuotas de metas de cobertura en la red de servicios	SMT	ADV
Completar costos unitarios	SMT	POS
Talleres DIRESA, Redes-Microredes/UE y para la elaboración de POI 2014 a nivel de redes y MR	SMT	POS
Talleres DIRES, Redes/UE para la estimación de presupuesto requerido 2014 por UE	SMT	POS
Reuniones Técnicas GR/DIRESA/UE para realizar la formulación del presupuesto requerido 2014 por UE	SMT	POS
2.2.2 Assess the current system for financing health service provision under decentralization and universal health insuranc		
Talleres de planes de mejora en la ejecucion presupuestal y elaboración del PAC 2013 PAN y SMN con DIRESA y UE	SMT	COM
Talleres de planes de mejora en la ejecucion presupuestal y elaboración del PAC 2014 PAN y SMN con DIRESA y UE	SMT	PRO
Reuniones técnicas para realizar ajustes en Directiva de Ejecución presupuestal	SMT	PRO
2.2.3 Develop payment methods and resource allocation models based on the health needs in different regions, corresponding to health care provided (in terms of the nature, quantity and quality of care) and to appropriate improvements in infrastructure and equipment		
Central	LIM	
AT al MNSA para la revision de la Guia Metodologica del PMI (cartera de servicios, cartera UPSS y servicios generales, coeficientes de uso, estandares de producción, criterios de distribución de UPSS y servicios generales, y costos).	LIM	TBD
Reuniones técnicas con DGIEM para revisión de normas técnicas de parámetros de infraestructura y equipamiento para I y II nivel	LIM	COM
Talleres de validación de propuesta de normas técnicas de parámetros de infraestructura y equipamiento para I y II nivel	LIM	POS
Reunión técnica con DGIEM, OPI y DGSP de presentación de versión final de normas técnicas de parámetros de infraestructura y equipamiento para I y II nivel	LIM	POS
Reuniones técnicas con MOH (OGPP) para identificación de normas del SNIP	LIM	ADV
Talleres de revisión y diseño de normas de formulación de proyectos.	LIM	POS
Talleres de revisión y diseño de normas de evaluación de proyectos	LIM	POS
Desarrollo del aplicativo del PMI (incluye manuales)	LIM	ADV
Taller de formación de facilitadores para conducir procesos de PMI	LIM	ADV
Ayacucho	AYA	
Talleres de formulación de PMI por redes (Ayacucho Centro, Ayacucho Norte, Ayacucho Sur y Huamanga)	AYA	ADV
Reuniones técnicas con instancias clave de GR (Gerencia Inversiones, Desarrollo Social, Gerencia General, y Planificación) para el proceso de formulación y aprobación del PMI	AYA	ADV
AT a GR para la elaboración y aprobación del documento del Plan Multianual de Inversiones	AYA	ADV

regional		
San Martin	SMT	
AT a GR para formulación de estudios de pre-inversión de establecimientos estratégicos basados en parámetros PMI	SMT	ADV
AT a GR para socializar los resultados del PMI a nivel local	SMT	POS
AT a GR para formulación de perfil PIP DCI	SMT	ADV
Ucayali	UCA	
3. Health Information		
Activity 3.1. Strengthen the capacity to collect, analyze and use data in the health sector		
3.1.1 Promote the use of information in decision making at national, regional and local levels, especially with respect to health service provision, policy making and oversight of new initiatives		
Diseño y ejecución de plan para producir y analizar información de prioridades sanitarias, en base a información del prestador		
Desarrollo de Prototipo de Seguimiento Longitudinal	LIM	INI
Desarrollo de Datamart para la consolidación de información y gestión de prioridades sanitarias DCI para la gestión estratégica de servicios	LIM	INI
Guia de usuario		
Diseño de instrumento para seguimiento de las IE en Salud y de la reducción de la DCI en cohortes según grupos etareos incluyendo gestantes	LIM	INI
Elaboración de Guía Metodológica a ser empleada en DIRESA, REDES y Micro Redes para implementar y usar el seguimiento longitudinal.	LIM	INI
3.1.2 Improve data collection methods		
Desarrollo de modulos GalenHos y AT para seguimiento longitudinal		
Desarrollo de Módulo de Salud Materna	LIM	INI
Desarrollo de Módulo de Reportes para gestión local (MR) de la desnutrición infantil y salud materna	LIM	POS
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la infraestructura informática en distritos PAIMNI	SMT	ADV
Desarrollo de otros módulos y aplicativos de GalenHos		
Desarrollo de Módulo Citas / Consulta Externa en Versión Web	LIM	ADV
3.1.3 Monitor and evaluate the quality of health services and programs as guaranteed under universal health insurance law in no less than one priority region		
Desarrollo de modulos para monitorear cumplimiento de la calidad en salud		
3.1.4 Streamline and improve HIS as a whole so that needed information at all levels is cohesive, avoids duplication and is produced efficiently		
Desarrollo de modulos para requerimientos SIS, FISSAL		
Actualización de GalenHos según nuevos requerimientos de información determinados por el SIS	LIM	ADV
Desarrollo de Trama de Datos para viabilizar reembolso regular en pacientes SIS	LIM	COM

Desarrollo de Trama de Datos para viabilizar reembolso de enfermedades de alto costo por FISSAL	LIM	ADV
3.1.5 Support the implementation of regional action plans for the improvement of the performance of the regional HIS		
Desarrollo de rutinas consolidación de datos claves		
Desarrollo y validación de módulo GalenHos SIS	LIM	INT
Expansión de la implementación de GalenHos a nivel nacional		
Merchandising GalenHos	LIM	INI
AT al MOH para elaboración del plan del proceso de expansión	LIM	ADV
3.1.6 Ensure compliance with appropriate national data quality standards, developed with USAID/Peru support, at regional and local levels		
Diseño e implementación de estándares de interoperatividad		
4. Planeamiento de Recursos Humanos para el Primer Nivel de Atencion		
Actividad 4.1 Support the design and implementation of a broad-based system for planning and managing the health workforce		
4.1.1 Build consensus regarding health civil service reform		
Participar en las reuniones técnicas convocadas por el MOH sobre carrera sanitaria	LIM	COM
Reuniones técnicas con el MOH sobre carrera sanitaria	LIM	COM
4.1.2 Develop long-term plans for Human Resources, including development of the appropriate set of job functions at different professional levels and responsibilities in the health system and forecasting needs with respect to these functions		
Desarrollo y validación de la metodología para determinar requerimientos de recursos humanos en el mediano y largo plazo para el primer nivel de atención	LIM	
Reuniones técnicas con el MOH para revisar avances regionales y definir una metodología nacional de estimación de RRHH para los establecimientos estratégicos en el I Nivel	LIM	COM
Validación de la metodologia de estimación de brecha de RRHH desde la MR, en la DIRESA SMT	SMT	COM
Estimación de requerimientos y brecha de RRHH en las MR, y propuesta de distribución de RRHH de acuerdo a los requerimientos identificados	SMT	COM
Desarrollar planes para cubrir la brecha a nivel de microred	SMT	
Desarrollar un sistema de planeamiento de recursos humanos en salud	SMT	
Sistematizacion del proceso		
4.1.3 Develop competency profiles for health managers at the regional and health network levels		
Definición de perfiles del puesto para la oficina de recursos humanos y los puestos gerenciales de redes y micro-redes		
4.1.4 Develop, implement and monitor regional and local strategies for human resources recruitment and retention		
Diseño de perfiles de puesto para el primer nivel de atención		
Desarrollo de procesos de reclutamiento y selección para el equipo básico del primer nivel de atención		
4.1.5 Develop policies and tools for ensuring continued staffing of health services		

Institucionalización de los subsistemas de reclutamiento, selección, evaluación del desempeño y compensación		
4.1.6 Develop and implement workforce management policies with incentives and salary guidelines in collaboration with the civil service reform process		
Diseño e implementación de una escala salarial para el primer nivel de atención		
Reuniones técnicas para la definición de puestos, criterios para definir una escala salarial y la valoración de los puestos de trabajo.	SMT	COM
Reunión técnica con expertos para presentar propuestas metodológicas de escala salarial	SMT	COM
Diseño de la directiva que aprueba la escala salarial en SMT	SMT	COM
Evaluación del impacto de la metodología y escalamiento a nivel nacional		
Actividad 4.2 Ensure competency of workers in the health sector		
4.2.1 Strengthen policies for continuous education and on the job training to improve quality of care; establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards		
Desarrollo de metodología e instrumentos para evaluar competencias para gerentes en salud		
4.2.2 Asess current staffing patterns at health facilities and work with local and regional authorities to develop policies, as appropriate, to organize and build capacities of health human resources in collaboration with professional associations and training institutions		
Incorporación de las competencias gerenciales de los colegios profesionales en la evaluación del desempeño		
4.2.3 Establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards		
Desarrollo de metodología e instrumentos para evaluar desempeño de puestos gerenciales		

3. Planned Activities

Project Components, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 2 -2013	Qr 3 -2013
1. Health Sector Governance			
Activity 1.1. Strengthen and expand decentralization of the Health Sector			
1.1.1 Support the MOH and regions in adapting to their new roles under a decentralized health sector			
Implementación de la reorganización de redes y microrredes de salud			
Estudio de análisis vigente de la organización de la Red Moyobamba	SMT	PRO	PRO
Estudio de análisis vigente de la organización de las microredes: Soritor, Jepelacio y Lluyllucucha.	SMT	PRO	PRO
Elaboración de propuesta de plan implementación de la organización de red Moyobamba	SMT	PRO	PRO
Elaboración de propuesta de plan implementación de la organización de microredes: Soritor, Jepelacio y Lluyllucucha.	SMT	PRO	
AT en la implementación de la organización de red Moyobamba	SMT	PRO	PRO
AT en la implementación de la organización de microredes: Soritor, Jepelacio y Llullucucha.	SMT	PRO	PRO
Monitoreo y evaluación de la implementación de la organización de red Moyobamba y microredes (S,J,Ll)	SMT	PRO	PRO
AT para el desarrollo del Taller de implementación de proceso organizacional de redes para expansión en otras redes	SMT		PRO
AT para el desarrollo del Taller de implementación de proceso organizacional de microrredes para expansión en otras microrredes	SMT		PRO
Evaluación del avance de la reorganización de las DIRESAs			
Elaboración del Reporte Técnico de la evlauación de la reorganización de las DIRESAs.	LIM	PRO	
Diseño e implementación del sistema de referencias y contrareferencias en el primer nivel de atención			
Revisión y análisis del Plan del SRCR de DIRESA San Martin	SMT	PRO	PRO
Actualización del Plan del SRCR de DIRESA San Martin	SMT	PRO	PRO
AT para la Implementación del Plan del SRCR de DIRESA San Martin	SMT	PRO	PRO
Expansión de la Implementación del Plan del SRCR de DIRESA San Martin	SMT	PRO	PRO
Monitoreo y evaluación de la implementación de Plan del SRCR de DIRESA San Martin	SMT	PRO	PRO
Sistematización de proceso de implementación del SRCR	SMT		PRO

Diseño e implementación del modelo de trabajo extramural para la promoción y prevención			
Elaborar el modelo de trabajo extramural para la promoción y prevención	SMT	POS	PRO
Elaborar el Plan de Implementación del modelo de trabajo extramural para la promoción y prevención	SMT		PRO
Implementación de modelo de trabajo extramural para la promoción y prevención en MR pilotos	SMT		PRO
Expansión de la Implementación del modelo de trabajo extramural para la promoción y prevención	SMT		PRO
1.1.2 Develop a regulatory framework for the MOH's new stewardship role			
Diseño de instrumento de evaluación de redes de salud públicas (con base en la revisión del PROCAP)	LIM	PRO	PRO
Validacion de expertos de instrumento de evaluacion de redes de salud publica (con base en PROCAP)	LIM	PRO	PRO
1.1.3 Improve capacity of regional and local authorities to effectively and efficiently manage their health systems and programs			
Elaboración de reporte de metodología de identificación de restricciones para la gestión descentralizada de DCI	LIM	PRO	PRO
Elaboración de reporte de análisis de restricciones y funciones en salud transferidas a gobiernos regionales	LIM	PRO	PRO
Elaboración de reporte de cambios organizacionales y procesos para la gestión descentralizada de DCI	LIM		PRO
Elaboración de plan de AT a la ANGR	LIM	PRO	
Reuniones de coordinacion con la ST de ANGR	LIM	PRO	PRO
Reuniones tecnicas ANGR, MIDIS con sectores involucrados para el desarrollo de la agenda de medidas para favorecer la gestión de la reducción de la DCI	LIM	PRO	PRO
Completar el analisis e informe de restricciones en el marco del piloto de gestion articulada MIDIS			
Revision del análisis e informe de restricciones	LIM		PRO
Coordinacion con autoridades de San Martin RG Y DIRESA, para validar la revisión y actualizar.	SMT		PRO
Expandir el analisis de restriciones como estrategia para abordar una prioridad sanitaria a traves de la ANGR			
Elaboración de Guía Metodológica para el análisis de restricciones para abordar una prioridad sanitaria	LIM		PRO
Presentación de los resultados del análisis de restricciones del piloto a la ANGR	LIM		PRO
1.1.4 Continue the decentralization process by extending responsibilities to even lower levels of the political			

structure			
Coordinación con MIDIS, MOH y MEF para el diseño, desarrollo, ejecución, monitoreo y evaluación del PAIMNI			
Ejecución piloto DCI			
AT a la DIRESA para la implementación del manual de operaciones	SMT		PRO
Entrenamiento clinico en IE	SMT	PRO	
AT para elaboración de resolución directoral que establece responsabilidades de adscripción y sectorización en jefes de microredes de Soritor, Jepelacio y Lluyllucucha	SMT	PRO	
AT a la DIRES para la organización de los servicios (sistema de referencia y contrareferencia, atención intramural, atención extramural)	SMT	PRO	PRO
Actualizacion del plan de la prueba de seguimiento longitudinal	LIM	PRO	
Consolidación de lista de gestantes y niños de los establecimientos (Base de datos) de Soritor y Jepelacio	SMT	PRO	
Reunión técnica de presentación de informe de implementación de prueba de seguimiento longitudinal y recomendación de escalamiento	SMT	PRO	
Reuniones técnicas de validación de propuesta de marco general de seguimiento longitudinal con participación de MIDIS	SMT	PRO	PRO
Sistema de supervisión y AT de DIRESA a Redes			
AT a la DIRES para el monitoreo del cierre de brechas de condiciones básicas	SMT	PRO	PRO
Diseño del piloto de gestión articulada (gobiernos locales)			
Diseño de la implementación del piloto de gestión articulada para la reducción de la DCI	LIM	PRO	
Estudio de procesos críticos en la gestión articulada.	SMT	PRO	
Diseño preliminar del piloto: componente de salud.	SMT	PRO	
Diseño final de la gestión articulada y territorial.	SMT	PRO	
Elaboración y validación de plan de trabajo 2013 del piloto	LIM	PRO	
Implementación del seguimiento longitudinal - 3 pilotos			
Documento Ténico de Diseño de Seguimiento Logitudinal	SMT	PRO	
Presentacion de Listado de gestantes y menores de 1 año de MR de Soritor, Jepelacio y Lluyllucucha	SMT	PRO	
Ingreso de datos a GalenHos	SMT	PRO	PRO
AT para el desarrollo del Taller de capacitacion en seguimiento longitudinal al personal de salud de las MR de Lluyllucucha, Soritor y Jepelacio	SMT	PRO	

Preparacion de material para taller en seguimiento longitudinal por parte del personal de de salud de los EESS	SMT	PRO	
Sistematización de la experiencia de seguimiento longitudinal			
Elaborar sistematizacion de experiencia de Seguimiento Longitudinal en los pilotos con recomendaciones para escalamiento	LIM	PRO	PRO
Elaborar sistematizacion de experiencia de seguimiento Longitudinal en los distritos priorizados	LIM	PRO	PRO
Escalamiento de la experiencia piloto de seguimiento longitudinal			
Elaboración de plan de trabajo para la expansion en 2013	LIM	PRO	
Preparacion de material para apoyar a facilitadores de PAIMNI en la sectorización por parte del personal de de salud de los EESS	LIM	PRO	
AT para el desarrollo del Taller de capacitación de PAIMNI en la sectorización a facilitadores de las redes de los ditritos priorizados	SMT	PRO	PRO
Monitoreo del proceso de sectorización a MR de distritos priorizados	SMT	PRO	PRO
Presentacion de Listado de gestantes y menores de 1 año de MR de los distritos priorizados	SMT	POS	PRO
Ingreso de datos al GalenHos de informacion de distritos priorizados	SMT		PRO
Monitoreo del seguimiento longitudinal a MR de distritos priorizados	SMT	PRO	PRO
1.1.5 Improve monitoring and reporting of how the health system addresses gender, culture, and stigma and discrimination issues in health			
Ejecución de grupos focales para definir indicadores clave de seguimiento de temas de género, cultura, estigma y discriminación en salud	SMT		PRO
Implementación de indicadores priorizados en GalenHos	SMT		
1.1.6 Strengthen intergovernmental coordination mechanisms for health policy			
CIGS			
Asistencia técnica a los comités técnicos de financiamiento, información y recursos humanos	LIM	PRO	PRO
Recursos humanos: propuesta de escala salarial y dotación de recursos humanos	LIM	PRO	PRO
1.1.7 Create mechanisms through which local authorities encourage and receive civil society input into the process of health care planning, budgeting, management, service provision and oversight			
Involucramiento de sociedad civil en la implementación del seguimiento longitudinal			
Captación de Agentes Comunales en Salud (ACS) y alianza con Juntas Vecinales(JV), de las MR de Lluyllucucha, Soritor y Jepelacio	SMT	PRO	PRO
Preparacion de material en seguimiento longitudinal para capacitar a los ACS y JV	SMT	PRO	PRO

AT para el desarrollo del Taller de capacitacion en ¨seguimiento longitudinal¨ a los ACS y JV de las MR de Llullucucha, Soritor y Jepelacio	SMT	PRO	PRO
Taller de capacitación en ¨seguimiento longitudinal a los ACS y JV¨ a facilitadores de las redes de los ditritos priorizados	SMT	PRO	PRO
AT para el desarrollo del Taller de intercambio de experiencias	SMT	PRO	PRO
Monitoreo de la capacitación en seguimiento longitudinal de ACS y JV a MR de distritos priorizados.	SMT	PRO	PRO
1.1.8 Coordinate health providers and user groups' response to reduce gaps in coverage in approved regions			
Activity 1.3. Develop and implement national and regional plans to monitor compliance with regulations and standards governing the health sector			
1.3.1 Increase monitoring and enforcement of governing regulations and standards in the health sector by regional authorities			
Diseñar e implementar un sistema de monitoreo del avance en la CALIFICACION de EESS a nivel de Microred			
Consolidar los informes de monitoreo de objetivos y reportes de actividades	SMT	PRO	PRO
2. Health Sector Financing and Insurance			
Activity 2.1. Improve health coverage of poor and vulnerable populations			
2.1.1 Ensure health sector resources (regardless of source) are complementary to promote equitable access to health services			
Central			
Elaboración de la actualización del costeo y estimaciones financieras del Plan de Beneficios	LIM	PRO	PRO
2.1.2.Enhance financing and health insurance coverage through implementation and scale-up of pilot programs for providing universal access to a basic health care package			
Central	LIM		
Deliverable: Report on the process of health insurance, including activities undertaken and recommendations for future strategic actions to strengthen and expand the health insurance reform	LIM	PRO	PRO
Deliverable: Report on and assessment of payment mechanism, financial flow, and investment management, including activities undertaken, and recommended actions for future policy to enhance efficiency and equity in resource allocation	LIM	PRO	PRO
2.1.3 Design and implement the policies and mechanisms required for insurance coverage of populations employed in small and micro enterprises			
Reporte ejecutivo de estimación de la prima del seguro oncológico para el Plan Esperanza	LIM	PRO	
2.1.4 Develop long-term plans for resources needed based on estimations of costs as insurance coverage expands and are based on the changing disease profile of the country (i.e. burden of disease			

Reuniones de información con actores clave (DGSP, CNS, SIS, OGE) para actualizar estudio BoD	LIM	PRO	PRO
Activity 2.2. Ensure efficiency and equity in health resource allocation			
2.2.1 Design and implement a system for results-based budgeting, to be utilized by national and sub-national health authorities			
Central	LIM		
Elaboracion de pautas de formulación presupuestal PAN y SMN 2013 en dos regiones piloto (Directivas regionales)	LIM	PRO	
Talleres con DIRESA y Redes/UE para la distribución de alicuotas de metas de cobertura en la red de servicios	SMT	PRO	
Completar costos unitarios	SMT	PRO	PRO
Talleres DIRESA, Redes-Microredes/UE y para la elaboración de POI 2014 a nivel de redes y MR	SMT	PRO	PRO
Talleres DIRES, Redes/UE para la estimación de presupuesto requerido 2014 por UE	SMT	PRO	PRO
Reuniones Técnicas GR/DIRESA/UE para realizar la formulación del presupuesto requerido 2014 por UE	SMT	PRO	PRO
2.2.2 Assess the current system for financing health service provision under decentralization and universal health insurance			
Talleres de planes de mejora en la ejecucion presupuestal y elaboración del PAC 2014 PAN y SMN con DIRESA y UE	SMT	PRO	
2.2.3 Develop payment methods and resource allocation models based on the health needs in different regions, corresponding to health care provided (in terms of the nature, quantity and quality of care) and to appropriate improvements in infrastructure and equipment			
Central	LIM		
Elaboración de propuesta metodológica para la evaluación de los convenios de pago capitado suscritos entre el SIS y 24 regiones	LIM		PRO
AT al MNSA para la revision de la Guia Metodologica del PMI (cartera de servicios, cartera UPSS y servicios generales, coeficientes de uso, estandares de producción, criterios de distribución de UPSS y servicios generales, y costos).	LIM	PRO	
Elaboración de documento de sustento metodológico del PMI	LIM	PRO	
Elaboración de documento de identificación de restricciones en la gestión del gasto en inversión	LIM	PRO	
Talleres de validación de propuesta de normas técnicas de parámetros de infraestructura y equipamiento para I y II nivel	LIM	PRO	
Reunión técnica con DGIEM, OPI y DGSP de presentación de versión final de normas técnicas de parámetros de infraestructura y equipamiento para I y II nivel	LIM	PRO	

Reuniones técnicas con MOH (OGPP) para identificación de normas del SNIP	LIM	PRO	
Talleres de revisión y diseño de normas de formulación de proyectos.	LIM	PRO	
Talleres de revisión y diseño de normas de evaluación de proyectos	LIM	PRO	
Desarrollo del aplicativo del PMI (incluye manuales)	LIM	PRO	
Taller de formación de facilitadores para conducir procesos de PMI	LIM	PRO	PRO
AT a MOH para la elaboración de contenidos mínimos específicos de PIPs a nivel de perfil para establecimientos estratégicos basados en el PMI	LIM	COM	
AT a MOH para la identificación de necesidades de inversión de establecimientos estratégicos de 7 regiones basados en PMI (Tumbes, Tacna, Moquegua, Loreto, Cusco, Junín y Apurimac)	LIM	COM	
AT a MOH para la identificación de necesidades de inversión de establecimientos estratégicos de 9 regiones y Lima Metropolitana y Callao basados en PMI (Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Ica, Arequipa, Madre de Dios)	LIM	PRO	
AT a MOH para la elaboración del plan de fortalecimiento 2013-2016 de los establecimientos estratégicos basado en los contenidos mínimos específicos de PIPs a nivel de perfil (748 establecimientos)	LIM	PRO	
AT a MOH para el inicio de la formulación de estudios de pre-inversión a nivel del perfil de 40 establecimientos estratégicos (hospitales) en 16 regiones	LIM	PRO	
AT a MOH para Talleres de formulación de PMI por redes (VRAEM, Amazonas)	LIM	PRO	
Ayacucho	AYA		
Talleres de formulación de PMI por redes (Ayacucho Centro, Ayacucho Norte, Ayacucho Sur y Huamanga)	AYA	PRO	
Reuniones técnicas con instancias clave de GR (Gerencia Inversiones, Desarrollo Social, Gerencia General, y Planificación) para el proceso de formulación y aprobación del PMI	AYA	PRO	
AT a GR para la elaboración y aprobación del documento del Plan Multianual de Inversiones regional	AYA	PRO	
San Martin	SMT		
AT a GR para formulación de estudios de pre-inversión de establecimientos estratégicos basados en parámetros PMI	SMT	PRO	
AT a GR para socializar los resultados del PMI a nivel local	SMT	PRO	
AT a GR para formulación de perfil PIP DCI	SMT	PRO	
Ucayali	UCA		
3. Health Information			
Activity 3.1. Strengthen the capacity to collect, analyze and use data in the health sector			

3.1.1 Promote the use of information in decision making at national, regional and local levels, especially with respect to health service provision, policy making and oversight of new initiatives			
Diseño y ejecución de plan para producir y analizar información de prioridades sanitarias, en base a información del prestador			
Desarrollo de Prototipo de Seguimiento Longitudinal	LIM	PRO	
Desarrollo de Datamart para la consolidación de información y gestión de prioridades sanitarias DCI para la gestión estratégica de servicios	LIM	PRO	
Guia de usuario			
Diseño de instrumento para seguimiento de las IE en Salud y de la reducción de la DCI en cohortes según grupos etareos incluyendo gestantes	LIM	PRO	
Elaboración de Guía Metodológica a ser empleada en DIRESA, REDES y Micro Redes para implementar y usar el seguimiento longitudinal.	LIM	PRO	
3.1.2 Improve data collection methods			
Desarrollo de modulos GalenHos y AT para seguimiento longitudinal			
Desarrollo de Módulo de Salud Materna	LIM	PRO	PRO
Desarrollo de Módulo de Reportes para gestión local (MR) de la desnutrición infantil y salud materna	LIM	PRO	PRO
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la infraestructura informática en distritos PAIMNI	SMT	PRO	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la conectividad del Primer Nivel en distritos PAIMNI	SMT	PRO	
Desarrollo de otros módulos y aplicativos de GalenHos			
Desarrollo de Módulo de FISSAL	LIM	PRO	PRO
Desarrollo de Módulo Citas / Consulta Externa en Versión Web	LIM	PRO	PRO
Desarrollo de módulo de referencia contra-referencia	LIM	PRO	PRO
Desarrollo de rutinas de importación y exportación de datos clave (RENIEC, SUNASA, Referencia)	LIM	PRO	
3.1.3 Monitor and evaluate the quality of health services and programs as guaranteed under universal health insurance law in no less than one priority region			
Desarrollo de modulos para monitorear cumplimiento de la calidad en salud			
Diseño de set de reportes para monitorear la calidad del servicio de salud en condiciones seleccionadas del PEAS	LIM		PRO
Desarrollo de reportes para monitorear calidad del servicio de salud en condiciones seleccionadas del PEAS	LIM		PRO

3.1.4 Streamline and improve HIS as a whole so that needed information at all levels is cohesive, avoids duplication and is produced efficiently			
Desarrollo de modulos para requerimientos SIS, FISSAL			
Actualización de GalenHos según nuevos requerimientos de información determinados por el SIS	LIM	PRO	
Actualización de GalenHos según nuevos requerimientos de información determinados por FISSAL	LIM	PRO	
Diseño y desarrollo de módulos de reportes referidos al aseguramiento SIS para usuario DIRESA	AYA	PRO	
3.1.5 Support the implementation of regional action plans for the improvement of the performance of the regional HIS			
Desarrollo de rutinas consolidación de datos claves			
Desarrollo y validación de módulo GalenHos SIS	LIM	PRO	PRO
Validación en campo de módulo GalenHos HIS	SMT	PRO	PRO
Desarrollo y Validación de módulo de envío de datos (de MR a Redes y DIRESA)	LIM	PRO	
AT para el uso de información de la producción para la toma de decisiones locales	AYA	PRO	
Desarrollo de Módulos de Reportes para gestión operativa del establecimiento	LIM		PRO
Expansión de la implementación de GalenHos a nivel nacional			
Merchandising GalenHos	LIM	PRO	PRO
Capacitación a Capacitadores de Usuarios Finales de GalenHos	LIM	PRO	
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - Ayacucho	LIM	PRO	PRO
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - Cajamarca	LIM	PRO	PRO
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - Cusco	LIM	PRO	PRO
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - Huánuco	LIM	PRO	PRO
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - La Libertad	LIM	PRO	PRO
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - Lima Sur	LIM	PRO	PRO
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - Pasco	LIM	PRO	PRO
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - Piura	LIM	PRO	PRO
Monitoreo de Funcionamiento de GalenHos y Mantenimiento - Tumbes	LIM	PRO	PRO
3.1.6 Ensure compliance with appropriate national data quality standards, developed with USAID/Peru support, at regional and local levels			
Diseño e implementación de estándares de interoperatividad			

Elaboración de una propuesta para la implementación de estándares de interoperabilidad en salud	LIM	PRO	PRO
Coordinación con la Dirección General de Estadística e Informática del MOH y otras entidades para el establecimiento del capítulo peruano de interoperabilidad en salud	LIM	PRO	PRO
Desarrollo del Módulo de Gestión de Imágenes	LIM	PRO	PRO
4. Planeamiento de Recursos Humanos para el Primer Nivel de Atencion			
Actividad 4.1 Support the design and implementation of a broad-based system for planning and managing the health workforc			
4.1.1 Build consensus regarding health civil service reform			
Participar en las reuniones técnicas convocadas por el MOH sobre carrera sanitaria	LIM	COM	PRO
Reuniones técnicas con el MOH sobre carrera sanitaria	LIM	COM	PRO
4.1.2 Develop long-term plans for Human Resources, including development of the appropriate set of job functions at different professional levels and responsibilities in the health system and forecasting needs with respect to these functions			
Desarrollo y validación de la metodología para determinar requerimientos de recursos humanos en el mediano y largo plazo para el primer nivel de atención	LIM	PRO	PRO
Reuniones técnicas con el MOH para revisar avances regionales y definir una metodología nacional de estimación de RRHH para el I Nivel de atención, desde una MR (de abajo hacia arriba)	LIM	INI	PRO
Validación de la metodologia de estimación de brecha de RRHH desde la MR, en la DIRESA Ayacucho	AYA	POS	PRO
Estimación de requerimientos y brecha de RRHH en las MR, y propuesta de distribución de RRHH de acuerdo a los requerimientos identificados en la DIRESA Ayacucho	AYA	POS	PRO
Desarrollar planes para cubrir la brecha a nivel de microred	SMT		
Reuniones técnicas con la DIRES SMT para definir estrategias para cubrir la brecha de RRHH en el primer nivel (task shifting, redsitribución, etc.)	SMT	POS	PRO
Reuniones técnicas con la DIRES SMT para diseñar los planes para cubrir la brecha de RRHH a nivel de Red	SMT	POS	PRO
Desarrollar un sistema de planeamiento de recursos humanos en salud	SMT		
Diseñar una propuesta de sub-sistema de planificación de recursos humanos en el marco del Sistema Regional de Recursos Humanos en Salud (incluye insumos, proceso, resultados) para la DIRES SMT.	SMT	POS	PRO
Reuniones técnicas con el equipo de la DIRES SMT para revisar, validar y hacer ajustes a la propuesta	SMT		PRO
Sistematizacion del proceso			
Diseño del plan de sistematización de las experiencias regionales de estimación de brecha de	LIM	POS	

RRHH			
Diseño de instrumentos para recoger información en las regiones y en el MOH	LIM	POS	PRO
Desarrollo (validación) de entrevistas a actores claves en las Regiones de Ayacucho y Ucayali	LIM		PRO
4.1.3 Develop competency profiles for health managers at the regional and health network levels			
Definición de perfiles del puesto para la oficina de recursos humanos y los puestos gerenciales de redes y micro-redes			
Aprobación del perfil de competencias para la gestión de recursos humanos en salud en la DIRESA Ayacucho	AYA	ADV	PRO
Aprobación del perfil de puestos de la oficina de gestión de recursos humanos en salud en la DIRESA Ayacucho	AYA	ADV	PRO
Diseño, validación y aprobación de los perfiles de puesto de los gerentes de Redes y MR en la DIRES SMT, en el marco de su nuevo ROF	SMT		PRO
Diseño, validación y aprobación de los perfiles de puesto de las Oficinas de Operaciones y sus Unidades en la DIRES SMT, en el marco de su nuevo ROF	SMT	ADV	PRO
Diseño, validación y aprobación de los perfiles de los puestos de la Dirección de Operaciones, Direción de Desarrollo de RRHH y Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria en la DIRES SMT, en el marco de su nuevo ROF	SMT	ADV	PRO
Reuniones técnicas con el MOH para revisar de manera conjunta los avances regionales en la defincón de los perfiles de puesto en SMT	LIM	INI	PRO
4.1.4 Develop, implement and monitor regional and local strategies for human resources recruitment and retention			
Diseño de perfiles de puesto para el primer nivel de atención			
Revisión y aprobación de los perfiles para el EBS del I Nivel de atención en la DIRESA Ayacucho	AYA	ADV	
Diseño, validación y aprobación de los perfiles de otros profesionales de salud del equipo multidisciplinario del I Nivel en la DIRESA Ayacucho.	AYA	ADV	
Diseño, validación y aprobación de los perfiles de puesto del EBS del I Nivel en la DIRES SMT	SMT	INI	PRO
Reuniones técnicas con el MOH para revisar de manera conjunta los avances regionales en la defincón de los perfiles del EBS del I Nivel	LIM	INI	PRO
Desarrollo de procesos de reclutamiento y selección para el equipo básico del primer nivel de atención			
Reuniones técnicas con el MOH para revisar de manera conjunta la metodologia e intrumentos de reclutamiento y selección y realizar seguimiento a la experiencia regional	LIM	ADV	PRO
Revisión de la normatividad vigente y de experiencias nacionales e internacionales de selección en base a perfiles, en instituciones de salud.	LIM	COM	
Evaluación situacional de los procesos de reclutamiento y selección en las unidades ejecutars de	SMT	COM	

la DIRES SMT			
Reuniones técnicas con equipos regionales y locales para el diseño de la metodología e instrumentos de reclutamiento y selección	SMT	INI	PRO
Reuniones técnicas para el diseño de la directiva que aprueba el proceso de reclutamiento y selección en base a perfiles	SMT		PRO
4.1.5 Develop policies and tools for ensuring continued staffing of health services			
Institucionalización de los subsistemas de reclutamiento, selección, evaluación del desempeño y compensación			
Reuniones técnicas con el MOH para revisar y aprobar el Documento Técnico "Sistema institucional de gestión descentralizada de recursos humanos en salud"		ADV	PRO
Diseño de metodología e instrumentos para la evaluación basal de la gestión de recursos humanos en la DIRES SMT	LIM	INI	PRO
Reuniones técnicas para la evaluación basal de la gestión de recursos humanos en la DIRES SMT	SMT	INI	PRO
Elaboración del documento técnico de la evaluación basal de la gestión de recursos humanos en la DIRES SMT	LIM		PRO
4.1.6 Develop and implement workforce management policies with incentives and salary guidelines in collaboration with the civil service reform process			
Diseño e implementación de una escala salarial para el primer nivel de atención			
Reuniones técnicas para la implementación de la escala salarial (estimación del presupuesto)	SMT	CAN	
Reuniones técnicas de monitoreo de la implementación de la escala salarial para el primer nivel de atención	SMT		CAN
Evaluación del impacto de la metodología y escalamiento a nivel nacional			
Reuniones técnicas con el MOH para analizar experiencias regionales en escala salarial	LIM	CAN	
Reuniones técnicas con el MOH para definir una metodología nacional para definir escala salarial	LIM	CAN	CAN
Diseño de propuesta de monitoreo de la implementación de escala salarial en regiones tipo	LIM	CAN	CAN
Actividad 4.2 Ensure competency of workers in the health sector			
4.2.1 Strengthen policies for continuous education and on the job training to improve quality of care; establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards			
Desarrollo de metodología e instrumentos para evaluar competencias para gerentes en salud			
Reuniones técnicas con el MOH para revisar de manera conjunta la metodologia para definir competencias gerenciales en redes y realizar seguimiento a experiencia regional	LIM	INI	PRO
Reuniones técnicas con el equipo de la DIRESA SMT para definir una propuesta de perfil de competencias para gerentes de redes y MR.	SMT	INI	PRO

Reuniones técnicas para el diseño de instrumentos para evaluar las competencias gerenciales de gerentes de redes y MR	SMT		PRO
Reuniones técnicas de monitoreo y evaluación del proceso de diseño e implementación de la medicion de competencias gerenciales	SMT	POS	PRO
4.2.2 Asess current staffing patterns at health facilities and work with local and regional authorities to develop policies, as appropriate, to organize and build capacities of health human resources in collaboration with professional associations and training institutions			
Incorporación de las competencias gerenciales de los colegios profesionales en la evaluación del desempeño			
Reuniones técnicas con el CONEAU para revisar los avances en la definición de las competencias transversales (gerenciales) para el procesos de certificación profesional	LIM	COM	PRO
4.2.3 Establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards			
Desarrollo de metodología e instrumentos para evaluar desempeño de puestos gerenciales			
Reuniones técnicas con el MOH y SERVIR para revisar de manera conjunta la metodologia e intrumentos de evaluación de desempeño gerencial y realizar seguimiento a la experiencia regional en SMT	LIM	POS	PRO
Revisión de la normatividad vigente y de experiencias nacionales e internacionales para la evaluación del desempeño gerencial en base a competencias, en instituciones de salud.	LIM	INI	PRO
Diseño de propuesta inicial de sistema de evaluación de desempeño en base a competencias y en el marco de SERVIR	LIM	INI	PRO
Reuniones técnicas con equipos regionales y locales para el diseño de la metodología e instrumentos para la evaluación del desempeño gerencial en base a competencias	SMT		PRO

4. Problems encountered & Solutions

Incident: Resignation of Miguel Vela -Regional Adviser in San Martin- due to a better job conditions offer from a private company (Auna Group) in La Libertad.

Components Affected: All components - Dr. Miguel Vela is the overall coordinator of the activities and strategies identified within the project components. Besides, Dr. Vela is a high profile technical advisor at the region, and his opinions are highly valued within the Regional Health Directorate in San Martin. The abscense of a Technical Specialist in the region can adversely affect the pace of execution of the project activities.

On going Process for Solution:

February 12th. Personal communication from the Regional Advisor to the CoP. He indicated that the offer he had received had the advantage of bringing him closer to his family in Lambayeque.

February 14th. Start of searching of potential candidates to replace Dr. Miguel Vela.

February 19th. Start of negotiation with Dr. Vela so as to introduce a more flexible job assignment that would allow him to remain in San Martin 2/3 of his workload and in Lambayeque the remaining 1/3. Work to be executed in Lambayeque would be the extension of GalenHos within Lambayeque, La Libertad and Piura.

February 20th. Interview with prospective candidate 1 to replace Dr. Vela.

February 26th. Interview with prospective candidate 2 to replace Dr. Vela

February 28th. Formal offer to Dr. Vela to change his working conditions. Dr. Vela considers that conditions reached to him are quite acceptable, and considers that they may not be equated by Auna Group.

March 5th. Interview with prospective candidate 3 to replace Dr. Vela

March 6th. Interview with prospective candidate 4 to replace Dr. Vela

March 7th. Dr. Vela reported that he had favourably negotiated his working conditions with Auna Group. After the CoP told him that the project could not improve economic conditions to be offered to Dr. Vela beyond what was being executed at that moment, the latter informed he would send a letter of resignation to the project.

March 8th. Documentation process is completed with three final candidates for filling the position of Technical Advisor in San Martin.

March 14th. Selection is completed and working conditions of the contract discussed with Dr. Silva.

March 18th. Conditions of work accepted by Dr. Silva

March 21st. Request of concurrence to USAID for contracting Dr. Silva as new Technical Specialist in San Martin

March 21st. USAID provides concurrence for contracting Dr. Silva as new Technical Specialist in San Martin

March 22nd. Contracting process started within the project.

Currect Status: Recruiting of Dr. Luis Silva as replacement of Dr. Miguel Vela. Contracting process is under execution within the project.

5. Succes Stories

Success Stories/Lessons Learned Template
One Story Per Template

* Program Element: 3.1.5 Support the implementation of regional action plans for the improvement of the performance of the regional HIS

* Key Issues: Health Systems Strengthening (HSS), Health Systems Information (HIS), HIS Implementation (HISI):

Title: GalenHos Implementation Expansion nationwide.

Operating Unit: _____

Please provide the following data:

*Headline

The Comprehensive Health Insurance has been created as the driving force of the GalenHos Health Information System, and is the leader for its expansion nationwide.

*Body Copy:

On September 2012, the Ministry of Health requests from the Project Políticas en Salud technical assistance in order to create a plan for the strengthening of the Information Systems in MINSA´s Hospitals by means of the GalenHos strategy for those facilities lacking adequate information systems regarding different needs of the sector (management, financial, control, etc).

On October 2012, Políticas en Salud presented the document "Proposal for GalenHos Implementation Expansion Plan to the Ministry of Health, with a plan scheme and a proposal of the strategy to implement the expansion process requested. On November 2012, MINSA establishes the goal of the expansion to 34 hospitals for a one year process.

On December 2012, MINSA appoints the Comprehensive Health Insurance (SIS) as the leader for the implementation of the expansion process (Champion). Between the months of December and January, the Project and SIS´s Information Technology General Office perform an important and positive joint work with the purpose of providing GalenHos with a support module customized to SIS´s information needs and care only forms management (formatos únicos de atención) FUA´s.

It has to be highlighted the fact that SIS has the empowerment of the process and assumes it as its owner, promoting GalenHos by means of several visits to Hospitals in Lima and the Provinces, with the participation of the General Directorate of Person´s Health, the Decentralization Office, and the General Office of Statistics and Information of MINSA.

On February 22nd, 2012, SIS and the Project held a presentation in the Auditorium of MINSA in order to decide the group of 34 hospitals that will be part of the goal. In said meeting participated 25 hospitals from Lima and, also, participated by teleconference 12 more regions.

Presently, SIS is highly convinced of the use of one local management system as the driver source for the different needs of information (local management, financial management, statistics and decision making, etc.) and that this system be based on GalenHos. SIS´s Information Technology Manager includes this marketing focus in all his speaches and presentations: *"which is not the best system in the world or in Peru, is a system that works, is useful and complies with the requirements that we expect for the health information system, is free and we have it and we will not need the endless story of waiting for the best system to just start".*

Additionally in a more operational level, PolSalud´s technical personnel and SIS continued working jointly for the development of the GalenHos-SIS module. Presently, (March 2013) the GalenHos-SIS module is in a revision phase to be approved by the users of the Health Comprehensive Insurance and SIS´s OGTI which has hired a consultant as coordinator-supervisor for the GalenHos project.

To summarize, SIS has adopted the expansion process discourse for hospital implementation and, lately, (March 2012) has been appointed the leader of the information system expansion process for the first level. SIS´s empowerment has resulted in a list of 31 hospitals with signed agreements for the implementation of GalenHos, of which 8 are in Lima and the rest in the provinces. Presently, SIS is in charge of the formalities to complete budget transfers necessary for the start of its plans and strategies.

Finally, as a result of this chain of events, GalenHos is requested even directly to the Project who has signed several new agreements, including the Regional Hospital in Ica, Hospital Sergio Bernales in Collique, and having many new request for its use from hospitals in La Libertad, Chulucanas-Piura, and the Casimiro Ulloa Emergency Hospital in Lima, among others.

*Background Information:

***Background Information:**

The public health facilities in Peru do not have automated information systems, or when they have them, these are fractioned and the information is very difficult to process, integrate or compare among them, thus an obstacle for the improvement of decision-making processes. GalenHos was developed as an alternative solution to this problem: nevertheless, it was very difficult to promote and expand it without the support of a promotion leader that within the system could advocate its use.

***Contact Information:** Please list the name of the person submitting along with their contact information (email and phone number).

Jose Revoredo jose_revoredo@polsalud.org , 4176000 Anexo 6005

Alfredo Sobrevilla asobrevilla@polsalud.org

6. Best Practices

IMPROVING HEALTH HUMAN RESOURCES MANAGEMENT FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Experiences documentation
March, 2013
Hidalgo, Luisa – USAID/Peru/Politicas en Salud
Perú, Región San Martín.

Summary

In April 2009, the Peruvian Government approved the “Universal Health Insurance Law” (UHI Law) with the intention that "all residents in the country have a health insurance, which allows access to a range of health benefits in illness prevention; health promotion; and recuperative and rehabilitation care, under suitable conditions of efficiency, fairness, timeliness, quality and dignity on the basis of Universal Health Insurance Essential Plan (PEAS)". In order to implement the UHI Law, it is necessary to determine the capacity of the Peruvian health system to provide PEAS to all, as was established in the law. One of the main concerns is to identify the human resources gap and define strategies to cover it in order to meet population health needs.
USAID/Perú/Health Policy Reform project (HPR project) provided technical assistance to San Martin Region in order to identify HR gap for PHC in all health facilities. This experience was developed during 2012.

Stakeholders and Partners*

One of the main problems of health services is the lack of HR and the few that exist are poorly distributed, it cannot provide the whole package of care that has been established by the standards of care. Therefore, much of the population has no access to comprehensive care and quality. Therefore, the improvement in the management of human resources in health and specifically on their planning, benefits users of health services of San Martin HRD. Similarly, managers at different levels benefit directly because they improve their performance by using new management tools. Since the basic package of care is targeted primarily to the mother and child, women and children benefit most from the implementation of this best practice.

Methodological Approach

HPR project defined a methodology to calculate HHR requirements and gap to provide PEAS, for the first level of care, using Need-Based Approach and adapting WHO Workload Indicators of Staffing Need (WISN) methodology.

The methodology consider: all the PEAS procedures, size and distribution of the population, available working time, standards of time for each procedure, type of health facility, rurality index of the district (to adjust calculations for remote and dispersed areas).

A spreadsheet was designed to easy calculations at the micro-network level, which are added to the network level and then at regional level, in a bottom-up approach.

Validation

Each component of the methodology has been designed jointly with the technical team of the MOH. To have some necessary variables, according to the methodology, the Ministry of Health funded two consultancies: a) the index of rurality of San Martin and b) the survey to determine the “available working time” to provide PEAS package at the first level, done in Ayacucho.

Each step of the methodology was validated in workshops with management teams of HRD, networks and micro networks of Ayacucho, San Martin and Ucayali. The MOH technical team accompanied some of these validation workshops.

After defining the methodology and after collecting the necessary information, workshops to estimate HR requirements and the respective gaps was developed in all micro networks of San Martin HRD.

After obtaining the information of each micro network, information is consolidated at the network level and then at the regional level. This provides a regional perspective on the issue of allocation of human resources, proposes a better distribution of HR for each of the networks and prioritize adding new HR. In this way the information goes from the bottom-up and allows decisions from different levels

Innovation and Success Factors *

This experience allows estimates from local, using a fairly simple spreadsheet that can be handled with existing computers at these levels. The main problem to be replicated in other regions, is the lack of a regional update on the current availability of human resources in each of the health facilities. Unfortunately, there is no information system to report periodically rotations staff and new hires, which flow from the micro network to DIRESA.

Results

The methodology was applied to all the micro-networks of San Martin Regional Health Directorate (RHD) and these are some results:

- "Health Workforce-to-Population Ratio" approach is useful to estimate HHR needs at national and regional level, but it is not useful to calculate HHR requirements at micro-network level. Al regional level, using this approach, San Martin RHD has 0.210 doctors, 0.279 nurses and 0.314 midwives per 1,000 inhabitants (**0.8** per 1,000). The 2006 World Health Report states that “countries need *at least **2.28** doctors, nurses and midwives per 1,000 population* to ensure skilled attendance at birth”. San Martín has severe shortage of health professionals, especially physicians (for example, in one network, the ratio is 0.177 per 1,000 inhabitants).
- The HPR methodology let calculate HHR needs at network and micro-network level. With HPR methodology, San Martin requires 419 doctors, has only 157 and needs 262 more, a large gap that will take many years to be covered unless San Martin develops innovative strategies. In the case of nurses, San Martin requires 500, has 209 and need 341 more nurses, similar situation to that found for physicians. The case of midwives is less alarming, it requires 298; it has 235 and needs 63 more.
- Regarding distribution, the scarcity of physicians, nurses and midwives is more in Networks with more population. But, we found over staffing of midwives in some networks and micro-networks.

Conclusions

But, in order to define strategies to cover the gap, the analysis of only HHR is not enough to understand and identify the causes of the main problems. In the case of San Martin:

- There is a huge gap in doctors and nurses in all networks and micro-networks.
- At the regional level there is a slight gap of midwives, but in some networks and micro-networks we found over staffing.
- There is no current and reliable information on the number of professionals currently working in different health facilities of primary care either on their employment status.
- 77% of health facilities are health posts, which equipment is so basic that does not justify placing a physician. These health facilities have to provide healthcare to 276.637 inhabitants (37% of San Martin population), these population has the right to receive medical care.
- On the other hand, there are 20 health facilities that have less than 200 inhabitants.
- Despite having evidence of shortage of doctors and over staffing of midwives, midwives are still hiring.
- The few doctors, who are hired, quit a few months later because of low wages, living conditions in rural and remote areas, lack of communication by telephone, internet or cell, among others.

Recommendations

- Assign officially some tasks form nurses and midwives to health technicians taking into account WHO recommendations regarding “Task shifting”. In the same way, transfer some tasks from physicians and nurses to midwives.
- Improve distribution of midwives inside each network. Monitor quality and productivity of health facilities with over staffing of midwives in order to take advantage of this additional staff.
- Define and make official a process to maintain HR information updated, from micro-networks to HRD.
- Improve infrastructure and equipment of health posts to let assign physicians with capacity to solve or refer population with health needs.
- Evaluate the organization, distribution and functioning of all health facilities and define a new approach to cover health needs of the entire population with equity and more efficiency.
- Develop clear and objective processes to recruit, select and hire competent health workers, based on HHR gaps calculations, job profiles and fair salary scales.
- Improve working conditions and salary scales to recruit and retain competent personnel.

Following steps

All of these problems are related to managerial capacities to make effective decisions in order to “have the right person in the right place, doing well what they have to do”.

In this sense, San Martin is implementing the following strategies:

- A salary scale for the first level of care, considering differences of rurality, distance of the health facility to the best development city (Tarapoto), distance of the health facility to remote areas.

- For the first level of care, a process of recruitment and selection based on HHR gap and job competencies, taking into account job profiles and salary scale; in order to retain skilled health professionals.
- For managerial positions, technical assistance to capacity building in HHR management. Simultaneously, the definition of managerial competencies, job profiles and a process of performance evaluation in order to identify the gap of competencies and design capacity development programs in health management.

Summarizing, to achieve universal health coverage (UHC), is necessary to develop HHR management strategies, including: the estimation of the needs of human resources from local and accurate allocation of human resources, based on health needs of the population, the development of transparent recruitment processes and incorporation of new staff (care, administrative or managerial) with fair and equitable pay scales in order to retail them; the implementation of performance evaluation in order to improve competencies and the quality of care; the improvement of working conditions with safety and security measures; among others.

7. List of Upcoming Events

- Formulation of the 2014 Institutional OperationsPlan of Networks and Micronetworks – San Martin Region.
- Workshop for the implementation of the new Regulation of Organization and Functions – San Martin HRD – Oversight and Regulation Management.
- Workshop for the implementation of the new Regulation of Organization and Functions – San Martin HRD – Health Services Network.
- Workshop for the implementation of the new Regulation of Organization and Functions – San Martin HRD – Integrated Health Office.
- Training workshop for Implementers/trainers of GalenHos system in San Martín.
- Training workshop in GalenHos Operative Use (made by trainers/ implementers) for new Health Facilities in San Martin Region.
- Workshop for scaling up the Regional Program for the Reduction of Chronic Malnutrition.
- Workshop for Functions Definition of Health Networks – San Martin.
- Workshop to define the organization and functions of Micro Health Networks - San Martin.
- Health Conclave for health priorities definition for San Martin Regional Government.
- Technical meetings with the Ministry of Health for designing a new School Health Budgetary Program.
- Technical Assistance to San Martin Regional Health Directorate for the 2014 Budged formulation.
- Technical Assistance in the design of job profiles and competencies for the Office of Legal Services.
- Technical Assistance in the design of job profiles and competencies for Health Networks - San Martin HRD.

8. Quarterly Financial Reports

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA | PERU | POLITICAS EN SALUD

QUARTERLY FINANCIAL REPORTS
January – March 2013

USAID/Peru/Politicas en Salud

Contract No. GHS-I-10-07-00003-00

April 9, 2013

Prepared for:
Luis Seminario, COTR
USAID/Peru Health Office
Av. Encalada s.n.
Lima - Perú

Submitted by:
Abt Associates Inc.
Av. La Floresta 497
Ofic. 101
San Borja
Lima - Perú

In Partnership with:
Futures Group International

TASC3 Peru HPR
January 2010 - March 2013- Quarterly Fianancial Summary

Total Contract:	**$12,808,836**
Amount obligated to date:	**$11,144,155**
Unobligated balance:	**$1,664,681**
Expenditure to March 2013	**$9,542,601**
Remaining obligated funds:	**$1,601,554**
Expenditure to March 2013	**$9,542,601**
Remaining total contract funds:	**$3,266,235**

Table A - Costs Incurred by Main line items

	ITEMS	Total Contract Budget	Accumulated	Balance
BY BUDGET ELEMENT				
I.	LABOR	$3,039,088	$2,204,700	$834,389
II.	FRINGE BENEFITS	$1,276,417	$925,974	$350,443
III.	OVERHEAD	$879,696	$610,051	$269,645
IV.	CONSULTANTS	$836,269	$894,252	($57,983)
V.	TRAVEL AND PER DIEM	$296,942	$233,184	$63,758
VI.	ALLOWANCES	$0	$0	$0
VII.	OTHER DIRECT COSTS	$1,852,290	$1,347,910	$504,380
VIII.	EQUIPMENT	$31,637	$27,783	$3,855
IX.	SUBCONTRACTS	$2,274,432	$1,577,419	$697,013
X.	OTHER INDIRECT COSTS	$1,484,104	$1,120,376	$363,728
XI.	TOTAL ESTIMATED COSTS (Exclusive of Fee)	$11,970,875	$8,941,648	$3,029,227
XII.	FEE	$837,961	$625,915	$212,046
	Burdened Salary Cap Excess	$0	($24,963)	$24,963
XIII.	ESTIMATED COSTS PLUS FEE	$12,808,836	$9,542,601	$3,266,235

Table B - Costs Incurred by Component/CLINs

100	200	300	400	500	
HEALTH GOVERNANCE	HEALTH FINANCING	HEALTH INFORMATION	HUMAN RESOURCES	MEDICAL PRODUCTS, VACCINES AND TECHNOLOGIES MANAGEMENT & LOGISTICS	Total Executed
$661,443	$686,968	$435,115	$203,593	$217,581	$2,204,700
$277,806	$288,526	$182,748	$85,509	$91,384	$925,974
$182,150	$190,680	$121,061	$56,653	$59,507	$610,051
$250,829	$303,668	$128,702	$127,576	$83,476	$894,252
$74,270	$68,876	$31,025	$34,206	$24,808	$233,184
$0	$0	$0	$0	$0	$0
$402,455	$425,895	$191,745	$197,841	$129,975	$1,347,910
$10,494	$6,937	$2,825	$3,913	$3,614	$27,783
$468,171	$467,252	$271,589	$229,344	$141,063	$1,577,419
$348,182	$317,396	$184,969	$166,683	$103,146	$1,120,376
$2,675,799	$2,756,197	$1,549,780	$1,105,318	$854,555	$8,941,648
$184,955	$192,901	$106,993	$81,262	$59,805	$625,915
($7,212)	($7,812)	($4,655)	($2,965)	($2,318)	($24,963)
$2,853,541	$2,941,286	$1,652,118	$1,183,615	$912,041	$9,542,601

Appendix 1: Changes in San Martin Regional Health Directorate´s Organization

ACAPITE III: DIRECCION REGIONAL DE SALUD

DICE	DEBE DECIR
Artículo 1.-Dirección Regional de Salud La Dirección Regional de Salud es la unidad de línea de la Gerencia Regional de Desarrollo Social responsable de formular, adecuar, implementar, controlar y evaluar las políticas del sector salud en el departamento de San Martín. Está encargada de promover la salud y prevenir los riesgos y daños; regular y fiscalizar bienes y servicios de salud; organizar y promover una atención integral de servicios públicos con calidad, considerando los determinantes de la salud, centrado en satisfacer las necesidades de salud de las personas, familias y las comunidades, priorizando a los más vulnerables y excluidos.	**Artículo 2.-Dirección Regional de Salud** La Dirección Regional de Salud es la unidad de línea de la Gerencia Regional de Desarrollo Social; **es la autoridad** sanitaria, responsable de formular, adecuar, implementar, controlar y evaluar las políticas del sector salud en el departamento de San Martín. Está encargada de promover la salud y prevenir los riesgos y daños; regular y fiscalizar bienes y servicios de salud; organizar y promover una atención integral de servicios **públicos y Privados** con calidad, considerando los determinantes de la salud, centrado en satisfacer las necesidades de salud de las personas, familias y las comunidades, priorizando a los más vulnerables y excluidos.
Artículo 3.- Funciones de la Dirección Regional de Salud Son funciones generales de la Dirección Regional de Salud las siguientes:	**Artículo 4.- Funciones de la Dirección Regional de Salud** Son funciones generales de la Dirección Regional de Salud las siguientes:
1. Formular, difundir e implementar, concertadamente con los Gobiernos Locales las prioridades locales y de aseguramiento, así como políticas y estrategias sectoriales e intersectoriales de ámbito regional que influyen sobre la salud, en el marco de la normativa vigente.	1. Formular, difundir, implementar, **monitorear y supervisar**, concertadamente con **los Gobiernos Locales** las prioridades locales y de aseguramiento, así como políticas y estrategias sectoriales e intersectoriales de ámbito regional que influyen sobre la salud, en el marco de la normativa vigente
5. Aprobar los expedientes y especificaciones técnicas de infraestructura física y equipamiento de los proyectos de inversión en salud y realizar la gestión de su financiamiento y dotación de recursos humanos necesarios.	5. Aprobar los expedientes y especificaciones técnicas de infraestructura física y equipamiento de los proyectos de inversión en salud Públicos **y privados** y realizar la gestión de su financiamiento y dotación de recursos humanos necesarios **de los proyectos de inversión ámbito de su responsabilidad**
6. Dirigir, organizar y supervisar la red de servicios y unidades de gestión de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de salud de las personas, salud ambiental y ocupacional, así como las carteras de servicios y sistemas de soporte de la red regional de salud, en coordinación con los gobiernos locales.	6. Dirigir, organizar y supervisar la red de servicios y unidades de gestión de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de salud de las personas, salud ambiental y ocupacional, así como las carteras de servicios y sistemas de soporte del **Sistema regional de salud**, en coordinación con los gobiernos locales
8. Coordinar y organizar la provisión de la atención integral de salud en hospitales, redes y microredes de salud y en lo que respecta al primer nivel de atención y atención especializada en coordinación con los Gobiernos Locales; así como promover el aseguramiento público en salud.	8. Coordinar y organizar la provisión de la atención integral de salud en hospitales, redes y microredes de salud y en lo que respecta al primer nivel de atención y atención especializada en coordinación con los Gobiernos Locales **y el sector Privado** así como promover el aseguramiento público en salud.
16. Formular y consolidar el Plan Operativo, el Presupuesto y el Cuadro de necesidades de la Dirección Regional de Salud y sus dependencias, así como monitorear y evaluar y su ejecución.	16. Formular y consolidar el Plan Operativo, el Presupuesto y el Cuadro de necesidades de la Dirección Regional de Salud y sus dependencias, monitorear y evaluar y su ejecución; **y elevar a la GRDS para su aprobación**

Nueva función Incorporada	17. Coordinar y concertar con ESSALUD, Entidades Prestadoras de Salud del Sector Privado y los EESS de las FFAA y FFPP la implementación de las prioridades locales y de aseguramiento, así como políticas y estrategias sectoriales e intersectoriales de ámbito regional que influyen sobre la salud, en el marco de la normativa vigente.
Nueva función Incorporada	18. Aprobar las bases y los expedientes de adquisición y contratación de los procesos de selección que requieran las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales
19. Otras funciones que dentro de su competencia funcional le correspondan previstas en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, así como de aquellas que le fueran encomendadas por el Gerente Regional de Desarrollo Social	19. Otras funciones que dentro de su competencia funcional le correspondan previstas en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, así como de aquellas que le fueran encomendadas por el Gerente Regional de Desarrollo Social
Artículo 5.-Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria La Oficina de Inteligencia Sanitaria es la unidad orgánica de asesoramiento de la Dirección Regional de Salud responsable brindar apoyo a los diversos órganos de la **institución** en la planificación estratégica y operativa, en el análisis de la información de diversos procesos de su competencia y en la gestión de la investigación. Está encargada de conducir, regular, organizar y mantener los sistemas de planificación, información y notificación del sistema de comunicación y telemática y centro de documentación técnica; facilitando el acceso a la información a las diferentes instancias públicas y privadas.	**Artículo 6.-Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria** La Oficina de **Planificación e Inteligencia Sanitaria** es la unidad orgánica de asesoramiento de la Dirección Regional de Salud responsable brindar **Asesoramiento** a los diversos órganos de la **institución** en planificación estratégica y operativa, en análisis de la información de diversos procesos de su competencia y gestión de la investigación. Está encargada de conducir, regular, organizar y mantener los sistemas de planificación, información y notificación **epidemiológica; así mismo responsable** del sistema de comunicación y **centro de documentación técnica**; facilitando el acceso a la información a las diferentes instancias públicas y privadas.
Artículo 7.-Funciones de la Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria Son funciones generales de la Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria, además de las señaladas en el artículo **10.5,** las siguientes: 3. Asesorar en la formulación de las propuestas de red de servicios salud de las personas, salud ambiental y ocupacional y carteras de servicios a las unidades desconcentradas.	**Artículo 8.-Funciones de la Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria** Son funciones generales de la Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria, además de las señaladas en el artículo **10.5,** las siguientes: 3. Asesorar en la formulación de las propuestas de **diseño** o **rediseño de redes** de servicios salud de las personas, salud ambiental y ocupacional y carteras de servicios a las unidades desconcentradas.
10. Supervisar el proceso de gestión de la Investigación en Salud en la Dirección Regional de Salud Redes, Microredes y Hospitales.	**10. Asesorar en la identificación de necesidades y prioridades de investigación** y Supervisar el proceso de gestión de la Investigación en Salud en la Dirección Regional de Salud Redes, Microredes y Hospitales.
11. Autorizar la ejecución del Plan de Comunicación e información telemática, y organizar el Centro de Documentación.	**11.Conducir, regular** y autorizar la ejecución del Plan de Comunicación e información y organizar el Centro de Documentación

Artículo 9.-Dirección de Salud Integral La Dirección de Salud Integral es la unidad orgánica de línea de la Dirección Regional de Salud responsable de la regulación, implementación, ejecución y evaluación de las políticas referidas a la atención integral de la salud de las personas, la familia, la comunidad y la salud ambiental y ocupacional, gestión de servicios de salud y medicamentos y control y prevención de emergencias, epidemias y desastres en el ámbito regional.	**Artículo 10.-Dirección de Salud Integral** La Dirección de Salud Integral es la unidad orgánica de línea de la Dirección Regional de Salud responsable de la regulación, implementación, ejecución y evaluación de las políticas referidas a la atención integral de la salud de las personas, la familia, la comunidad; así como de la planificación, conducción, organización y evaluación de la provisión de los servicios públicos de prevención ,promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas
Artículo 11.-Funciones de la Dirección de Salud Integral Son funciones generales de la Dirección de Salud Integral las siguientes: 6. Dirigir el proceso de programación y presupuesto de los recursos y sistemas de su competencia, identificando sus requerimientos y especificaciones técnicas, programando su distribución y mantenimiento.	**Artículo 12.-Funciones de la Dirección de Salud Integral** Son funciones generales de la Dirección de Salud Integral las siguientes: 6. Dirigir el proceso de programación y presupuesto de los **recursos en las áreas o direcciones** de su competencia, identificando sus requerimientos y especificaciones técnicas, programando su distribución y mantenimiento
Artículo 13.-Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial en Salud La Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial en Saludes el órgano de línea de la Dirección Regional de Salud, responsable de regular y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados, establecimientos y productos farmacéuticos, infraestructura y equipamiento biomédico, así como las condiciones, riesgos y daños de la salud ambiental y ocupacional.	**Artículo 14.-Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial en Salud** La Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial en Saludes el órgano de línea de la Dirección Regional de Salud, responsable de regular y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados, establecimientos y productos farmacéuticos, infraestructura y equipamiento biomédico, así como las condiciones, riesgos y daños de la salud ambiental y ocupacional **y aplicar las sanciones que correspondan según ley.**
Artículo 15.-Funciones de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud Son funciones generales de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud las siguientes: 3. Controlar y verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones de funcionamiento (tanto antes como después de otorgar registro) de establecimientos que brindan servicios de salud públicos y privados, salud ambiental y ocupacional y establecimientos farmacéuticos, en coordinación con los Gobiernos Locales.	**Artículo 16.-Funciones de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud** Son funciones generales de la Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial de Salud las siguientes: 3.Controlar y verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones de funcionamiento (tanto antes como después de otorgar registro) de establecimientos que brindan servicios de salud públicos y privados, salud ambiental y ocupacional y establecimientos farmacéuticos, en coordinación con los Gobiernos Locales **y aplicar las sanciones que correspondan según ley**
4. Controlar y verificar el cumplimiento de requisitos y estándares para otorgar el registro sanitario en relación a: a) alimentos y bebidas, b)aditivos alimentarios, c) productos farmacéuticos e d)insecticidas y desinfectantes, en coordinación con los Gobiernos Locales.	4. Controlar y verificar el cumplimiento de requisitos y estándares para otorgar el registro sanitario en relación a: a) alimentos y bebidas, b) aditivos alimentarios, c) productos farmacéuticos e d) insecticidas y desinfectantes, en coordinación con los Gobiernos Locales **y aplicar las sanciones que correspondan según ley**

10. Controlar a los regentes de establecimientos farmacéuticos que dispensan y expenden medicamentos, insumos y drogas, en coordinación con los Gobiernos Locales de su ámbito.	**10. Registrar** y Controlar a los regentes de establecimientos farmacéuticos que dispensan y expenden medicamentos, insumos y drogas, en coordinación con los Gobiernos Locales de su ámbito.
Artículo 17.-Funciones de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos Son funciones generales de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos las siguientes: 3. Asesorar a las distintas unidades orgánicas en la formulación de perfiles ocupacionales y en los procesos de selección, control y desarrollo de los RRHH, así como en la selección de los directores de redes de salud y hospitales, en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas.	**Artículo 18.-Funciones de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos** Son funciones generales de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos las siguientes: 3. Asesorar a las distintas unidades orgánicas en la formulación de perfiles ocupacionales y **documentos de gestión (CAP-PAP-MOF, otros de gestión)** en los procesos de selección, control y desarrollo de los RRHH, así como en la selección de los directores de redes de salud y hospitales, en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas.
Artículo 19.-Funciones de la Dirección de Operaciones - Salud Son funciones generales de la Dirección de Operaciones - Salud las siguientes: 3. Efectuar el seguimiento a la ejecución presupuestal y cumplimiento de metas físicas y financieras de las Oficinas de Operaciones-Salud, los órganos desconcentrados y unidades de la Dirección Regional de Salud.	**Artículo 20.-Funciones de la Dirección de Operaciones - Salud** Son funciones generales de la Dirección de Operaciones - Salud las siguientes: 3. Efectuar el seguimiento a la ejecución presupuestal y cumplimiento de metas financieras de las Oficinas de Operaciones-Salud, los órganos desconcentrados y unidades de la Dirección Regional de Salud.
4. Coordinar y supervisar a las Oficinas de Operaciones-Salud y unidades desconcentradas para que la programación presupuestal que realicen responda a las prioridades de desarrollo y política regional de salud del Gobierno Regional, así como esté orientada a una gestión por resultados.	4. Coordinar **con** las Oficinas de Operaciones-Salud y unidades desconcentradas para que la programación presupuestal que realicen responda a las prioridades de desarrollo y política regional de salud del Gobierno Regional, así como esté orientada a una gestión por resultados.
8. Organizar la implementación de los sistemas administrativos de la sede de la Dirección Regional de Salud y brindar la asistencia técnica y controlar su implementación de los mismos las Oficinas de Operaciones-Salud y unidades desconcentradas, en el ámbito de responsabilidad**.**	**8.** Organizar la implementación la unidad de soporte administrativo de la sede de la Dirección Regional de Salud y brindar la asistencia técnica y supervisar su implementación de los mismos las Oficinas de Operaciones-Salud y unidades desconcentradas, en el ámbito de responsabilidad.
10. Hacer seguimiento a los procesos de gestión de recursos físicos y logísticos en la Dirección Regional de Salud y en sus órganos desconcentrados.	10.Hacer seguimiento a los procesos de gestión de recursos físicos y logísticos en la Dirección Regional de Salud y en sus órganos desconcentrados e informar de sus resultados a la Dirección General
NUEVA FUNCION INCORPORADA	11.Dirigir la supervisión, monitoreo y evaluación de los procesos de gestión financiera, funcionamiento del seguro público, suministro oportuno y suficiente de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos; inversión pública y gestión institucional de recursos físicos y logística en las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales según corresponda.
12. Otras funciones que le sean asignadas por el Director	**12.**Otras funciones que le sean asignadas por el Director

Regional de Salud en el marco de sus competencias.	Regional de Salud en el marco de sus competencias
Artículo 21.-Funciones de las Redes de Salud Son funciones generales de las Redes de Salud las siguientes: 6. Delimitar con la Oficina de Operaciones-Salud que corresponda la ejecución de los recursos económicos en salud para su ámbito de responsabilidad, en el marco de los planes aprobados por la Dirección Regional de Salud.	**Artículo 22.-Funciones de las Redes de Salud** Son funciones generales de las Redes de Salud las siguientes: **6. Precisar y Coordinar** con la Oficina de Operaciones-Salud que corresponda, la ejecución de los recursos económicos en salud para su ámbito de responsabilidad, en el marco de los planes aprobados por la Dirección Regional de Salud.
Artículo 23.- Oficinas de Operaciones - Salud 180.1 LasOficinas de Operaciones – Salud son órganos desconcentrados de la Dirección Regional de Salud, , responsables de la administración de los recursos, la ejecución presupuestal, la gestión de los sistemas administrativos y de asegurar los servicios de apoyo requeridos para el desarrollo de las funciones de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de su jurisdicción. Asume la titularidad de la Unidad Ejecutora presupuestal correspondiente.	**Artículo 24.- Oficinas de Operaciones - Salud** 180.1 Las Oficinas de Operaciones – salud son órganos desconcentrados de la Dirección Regional de Salud, responsables de asegurar los servicios de apoyo requeridos para el desarrollo de las funciones de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de su jurisdicción; para tal efecto administran los recursos, ejecutan el presupuesto y gestionan los sistemas administrativos. Asume la titularidad de la UE.
Artículo 25.-Funciones de las Oficinas de Operaciones - Salud funciones generales de las Oficinas de Operaciones – Saludlas siguientes:	**Artículo 26.-Funciones de las Oficinas de Operaciones - Salud** funciones generales de las Oficinas de Operaciones – Salud las siguientes:
2.Conducir los sistemas administrativos de planificación, presupuesto e inversión pública de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de su jurisdicción, en coordinación con la Dirección de Operaciones-Salud.	2.Conducir los sistemas administrativos de presupuesto e inversión pública **en coordinación** con las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de su jurisdicción, con la Dirección de Operaciones-Salud.
3.Conducir la formulación y consolidar el Plan Anual de Contrataciones y Adquisiciones de las Redes de Salud de su jurisdicción, en el marco de los planes y programas que correspondan a las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de su jurisdicción y en coordinación con la Dirección de Operaciones- Salud.	3.Conducir la formulación, **consolidación y ejecución** del Plan Anual de Contrataciones y Adquisiciones **en coordinación con las** Redes de Salud de su jurisdicción, en el marco de los planes y programas que correspondan a las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de su jurisdicción y en coordinación con la Dirección de Operaciones- Salud.
5.Proveer oportunamente los recursos necesarios a las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales, para el cumplimiento de sus objetivos y metas, autorizando las adquisiciones, almacenamiento, distribución y control de los materiales y servicios requeridos.	5.Proveer oportunamente los recursos necesarios a las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales, para el cumplimiento de sus objetivos y metas, **ejecutando la programación de** las adquisiciones, almacenamiento, distribución y control **de los medicamentos insumos drogas, equipos médicos**, materiales, **bienes** y servicios requeridos
6. Formular las bases y los expedientes de contratación de los procesos de selección de los procesos de selección que lleven a cabo las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales.	6.Formular las bases y los expedientes de contratación de los procesos de selección **que soliciten** las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales.
7. Ejecutar compras de emergencia para las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales.	7. Ejecutar **adquisiciones de bienes y servicios** de emergencia **a solicitud de** las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales.
8.Suscribir convenios en asuntos técnicos y administrativos, en el ámbito de su competencia.	8.Suscribir convenios en asuntos técnicos y administrativos, en el ámbito de su competencia en coordinación **con las redes y hospitales y servicios regionales**

10.Dirigir la supervisión, monitoreo y evaluación de los procesos de gestión financiera, funcionamiento del seguro público, suministro oportuno y suficiente de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos; inversión pública y gestión institucional de recursos físicos y logística en las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales según corresponda.	**10. Ejecutar** los procesos de gestión financiera, funcionamiento del seguro público, suministro oportuno y suficiente de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos; inversión pública y gestión institucional de recursos físicos y logística en las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales según corresponda.
11.Dirigir la asignación a las redes de salud, Hospital y servicios regionalesde los fondos para gastos operativos de los recursos por reembolsos de atenciones de salud, para garantizar el funcionamiento de la red prestacional; conducir el acceso y cobertura de aseguramiento público en salud por red y microrred.	**11.Asignar a solicitud** de las redes de salud, Hospital y servicios regionales de los fondos para gastos operativos de los recursos por reembolsos de atenciones de salud, para garantizar el funcionamiento de la red prestacional **y sus respectivas microredes**
12.Formular y consolidar el Plan Operativo, el Presupuesto y el Cuadro de Necesidades de las Redes de Salud de su jurisdicción, así como monitorear y evaluar y su ejecución.	12. **Consolidar y ejecutar**, el Presupuesto y el Cuadro de Necesidades de las Redes de Salud de su jurisdicción.
Artículo 27.-Funciones de la Unidad de Gestión Administrativa Son funciones generales de la Unidad de Gestión Administrativa las siguientes: **5.** Programar y ejecutar los procesos de selección y atender las necesidades de recursos materiales y de servicios de las Redes de Salud, Hospital y servicios de salud de su jurisdicción.	**Artículo 28.-Funciones de la Unidad de Gestión Administrativa** Son funciones generales de la Unidad de Gestión Administrativa las siguientes: 5. Programar y ejecutar los procesos de selección **para** atender las necesidades de recursos materiales y de servicios de las Redes de Salud, Hospital y servicios de salud de su jurisdicción.
9. Dirigir la administración de las remuneraciones y pensiones y cese del personal de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de salud.	**9. Administrar** las remuneraciones y pensiones y cese del personal de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de salud.
Artículo 29.-Funciones de la Unidad de Gestión Presupuestal Son funciones generales de la Unidad de Gestión Presupuestal las siguientes: 1. Proponer el proyecto de presupuesto de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de salud, en coordinación con la Dirección de Operaciones-Salud.	**Artículo 30.-Funciones de la Unidad de Gestión Presupuestal** Son funciones generales de la Unidad de Gestión Presupuestal las siguientes: 1.Proponer el proyecto de presupuesto de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de salud, **a la DIRES**, en coordinación con la Dirección de Operaciones-Salud y en el **marco de los lineamientos aprobados**
2. Conducir el proceso de ejecución presupuestaria de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de salud de su jurisdicción.	**2.Dirigir** el proceso de ejecución presupuestaria de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales de salud de su jurisdicción e **informa a la Dirección de Operaciones**

Appendix 2: Monitoring Matrix for Effective Interventions

GUIA DE MONITOREO DE REGISTRO-SEGUIMIENTO LONGITUCDINAL: INTERVENCIONES EFECTIVAS SEGÚN PUNTOS DE CONTACTO (v.03)

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención de la gestante	Vigilancia de IMC y control de ganancia de peso	1	Medición de Talla y Peso de gestante														
		2	Determinación del IMC y ganancia de peso para edad gestacional														
	Incremento de ingesta de vitaminas y minerales en gestantes	3	Se indica sulfato ferroso(60mg/d) y AcFólico(400mcg/d) si más de 16 sem de gestación														
		4	Se indica Acido fólico (1mg/d) si esta en el 1° trimestre de gestación														
		5	Se indica calcio esencial (500mg/12h) si tienen más de 20 sem de gestación														
		6	Se hace entrega de Sulfato Ferroso (Hierro)														
		7	Se indica suplemento de Zinc														
		8	Se indica antiparasitario: Albendazol (2° o 3° Trimestre)														
	Detección de anemia	9	Se ha solicitado Hb/Hcto														
		10	Se evalua clinicamente la anemia: palmas, mucosas.														
	Alimentación adecuada	11	Orientación nutricional.														
		12	Se ha informado sobre efectos secundarios del uso de sulfato ferroso														
		13	Consejería en hábitos de higiene: Lavado de Manos														
	Preparación para Lactancia Materna	14	Consejería de lactancia materna.														
		15	Se examina mamas, identifica y trata pezones umbilicados.														
	Otros	16	Afiliación de la gestante al Seguro Integral de Salud														
		17	Elaboración de plan de atención de parto.														
		18	Consejería sobre planificación familiar.														

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención del parto y post-parto	Prevención de la anemia en la mujer	1	Detección de anemia														
		2	Se indica sulfato ferroso y acido folico														
	Recién Nacido y lactancia materna	3	Clampaje tardio de cordón umbilical														
		4	Contacto piel a piel inmediatamente despues del parto														
		5	Consejería en técnica de lactancia materna														
		6	Consejería sobre signos de peligro del recien nacido														
	Otros	7	Afiliación de la puerpera al Seguro Integral de Salud														
		8	Prescripcion de método de Planificación Familiar post parto														

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención del Recien Nacido	Signos de Alarma y lactancia	1	Evaluación del estado de LME, tecnica de amamantamiento														
		2	Consejería y revisión de dificultades en manejo clinico de LME														
		3	Consejería de lavado de manos en 5 momentos criticos														
		4	Refuerza la vigilancia de signos de peligro en el recien nacido														
		5	En RN < 2500gr, programar visitas c/15 dias hasta 2 meses de nacido														
		6	Afiliación del recién nacido al Seguro Integral de Salud (SIS)														
Inmunización	Vacunas	7	Esquema de vacunación básica														

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención del niño sano (<6m)	Lactancia Materna Exclusiva (LME)	1	Evaluación de Lactancia Materna Exclusiva														
		2	Consejería en hábitos de higiene. Lavado de Manos														
		3	Clasificación del estado nutricional.														
		4	Evaluación de crecimiento y desarrollo														
		5	Consejería sobre signos de peligro del menor de 6 meses														
	Otros	6	Afiliación del niño al Seguro Integral de Salud (SIS)														
		7	Elaboración de plan de atención integral del niño														
Inmunización	Vacunas	8	Esquema de vacunación básica														
Atención del niño enfermo	Atención a niño/a con IRA y/o EDA	9	Se verifica estado nutricional de niños enfermos														
		10	Se indica sulfato ferroso como suplemento														
		11	Se indica sulfato zinc en EDAs														
		12	Evaluación de crecimiento														
		13	Evaluación y referencia casos de edema/emaciación/palidez														

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención del niño sano (>6m)	Alimentación complementaria y prevención de anemia	1	Mantenimiento de Lactancia Materna														
		2	Mensajes claves de alimentación complementaria														
		3	Sesiones demostrativas de alimentación complementaria														
		4	Consejería en hábitos de higiene. Lavado de Manos														
		5	Se indica sulfato ferroso														
		6	Se indica micronutrientes (chispitas)														
		7	Se indica vitamina A														
		8	Evaluación de crecimiento y desarrollo														
		9	Consejería sobre signos de peligro del mayor de 6 meses														
	Otros	10	Afiliación del niño al Seguro Integral de Salud (SIS)														
		11	Elaboración de plan de atención integral del niño														
Inmunización	Vacunas	12	Esquema de vacunación básica														
Atención del niño enfermo	Atención a niño/a con IRA y/o EDA	13	Se verifica estado nutricional de niños enfermos														
		14	Se indica sulfato ferroso como suplemento														
		15	Se indica sulfato zinc en EDAs														
		16	Evaluación de crecimiento														
		17	Evaluación y referencia casos de edema/emaciación/palidez														

Se refiere como NA, cuando la actividad no se encuentre dentro de los periodos estimados a brindarse, p.e.: si la gestante están el tercer trimestre para la administración de AcFólico.

E.S. Evaluado:		Nombre del responsable:

GUIA DE MONITOREO DE REGISTRO-SEGUIMIENTO LONGITUCDINAL: INTERVENCIONES EFECTIVAS SEGÚN PUNTOS DE CONTACTO (v.03)

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención de la gestante	Vigilancia de IMC y control de ganancia de peso	1	Medición de Talla y Peso de gestante															
		2	Determinación del IMC y ganancia de peso para edad gestacional															
	Incremento de ingesta de vitaminas y minerales en gestantes	3	Se indica sulfato ferroso(60mg/d) y Ac Fólico(400mcg/d) si más de 16 sem de gestación															
		4	Se indica Acido fólico (1mg/d) si esta en el 1° trimestre de gestación															
		5	Se indica calcio esencial (500mg/12h) si tienen más de 20 sem de gestación															
		6	Se hace entrega de Sulfato Ferroso (Hierro)															
		7	Se indica suplemento de Zinc															
		8	Se indica antiparasitario: Albendazol (2° o 3° Trimestre)															
	Detección de anemia	9	Se ha solicitado Hb/Hcto															
		10	Se evalua clínicamente la anemia: palmas, mucosas.															
	Alimentación adecuada	11	Orientación nutricional.															
		12	Se ha informado sobre efectos secundarios del uso de sulfato ferroso															
		13	Consejería en hábitos de higiene: Lavado de Manos															
	Preparación para Lactancia Materna	14	Consejería de lactancia materna.															
		15	Se examina mamas, identifica y trata pezones umbilicados.															
	Otros	16	Afiliación de la gestante al Seguro Integral de Salud															
		17	Elaboración de plan de atención de parto.															
		18	Consejería sobre planificación familiar.															

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención del parto y post-parto	Prevención de la anemia en la mujer	1	Detección de anemia															
		2	Se indica sulfato ferroso y acido folico															
	Recién Nacido y lactancia materna	3	Clampaje tardío de cordón umbilical															
		4	Contacto piel a piel inmediatamente despues del parto															
		5	Consejería en técnica de lactancia materna															
		6	Consejería sobre signos de peligro del recien nacido															
	Otros	7	Afiliación de la puerpera al Seguro Integral de Salud															
		8	Prescripcion de método de Planificación Familiar post parto															

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención del Recien Nacido	Signos de Alarma y lactancia	1	Evaluación del estado de LME, tecnica de amamantamiento															
		2	Consejería y revisión de dificultades en manejo clínico de LME															
		3	Consejería de lavado de manos en 5 momentos críticos															
		4	Refuerza la vigilancia de signos de peligro en el recien nacido															
		5	En RN < 2500gr, programar visitas c/15 dias hasta 2 meses de nacido															
		6	Afiliación del recién nacido al Seguro Integral de Salud (SIS)															
Inmunización	Vacunas	7	Esquema de vacunación básica															

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención del niño sano (< 6m)	Lactancia Materna Exclusiva (LME)	1	Evaluación de Lactancia Materna Exclusiva															
		2	Consejería en hábitos de higiene. Lavado de Manos															
		3	Clasificación del estado nutricional.															
		4	Evaluación de crecimiento y desarrollo															
		5	Consejería sobre signos de peligro del menor de 6 meses															
	Otros	6	Afiliación del niño al Seguro Integral de Salud (SIS)															
		7	Elaboración de plan de atención integral del niño															
Inmunización	Vacunas	8	Esquema de vacunación básica															
Atención del niño enfermo	Atención a niño/a con IRA y/o EDA	9	Se verifica estado nutricional de niños enfermos															
		10	Se indica sulfato ferroso como suplemento															
		11	Se indica sulfato zinc en EDAs															
		12	Evaluación de crecimiento															
		13	Evaluación y referencia casos de edema/emaciación/palidez															

PUNTO DE CONTACTO	PROCESO	N°	ACTIVIDAD	HCL 01			HCL 02			HCL 03			HCL 04			HCL 05		
				Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.	Si	No	N.A.
Atención del niño sano (> 6m)	Alimentación complementaria y prevención de anemia	1	Mantenimiento de Lactancia Materna															
		2	Mensajes claves de alimentación complementaria															
		3	Sesiones demostrativas de alimentación complementaria															
		4	Consejería en hábitos de higiene. Lavado de Manos															
		5	Se indica sulfato ferroso															
		6	Se indica micronutrientes (chispitas)															
		7	Se indica vitamina A															
		8	Evaluación de crecimiento y desarrollo															
		9	Consejería sobre signos de peligro del mayor de 6 meses															
	Otros	10	Afiliación del niño al Seguro Integral de Salud (SIS)															
		11	Elaboración de plan de atención integral del niño															
Inmunización	Vacunas	12	Esquema de vacunación básica															
Atención del niño enfermo	Atención a niño/a con IRA y/o EDA	13	Se verifica estado nutricional de niños enfermos															
		14	Se indica sulfato ferroso como suplemento															
		15	Se indica sulfato zinc en EDAs															
		16	Evaluación de crecimiento															
		17	Evaluación y referencia casos de edema/emaciación/palidez															

Se referirá como NA, cuando la actividad no se encuentre dentro de los periodos estimados a brindarse, p.e.: si la gestante está en el tercer trimestre para la administración de Ac Fólico.

E.S. Evaluado:		Nombre del responsable:
E.S. Evaluador:		Nombre del responsable

Appendix 3: PAIMNI Expansion Plan in San Martin

PROGRAMA DE ACCIONES INTEGRALES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA NUTRICION INFANTIL

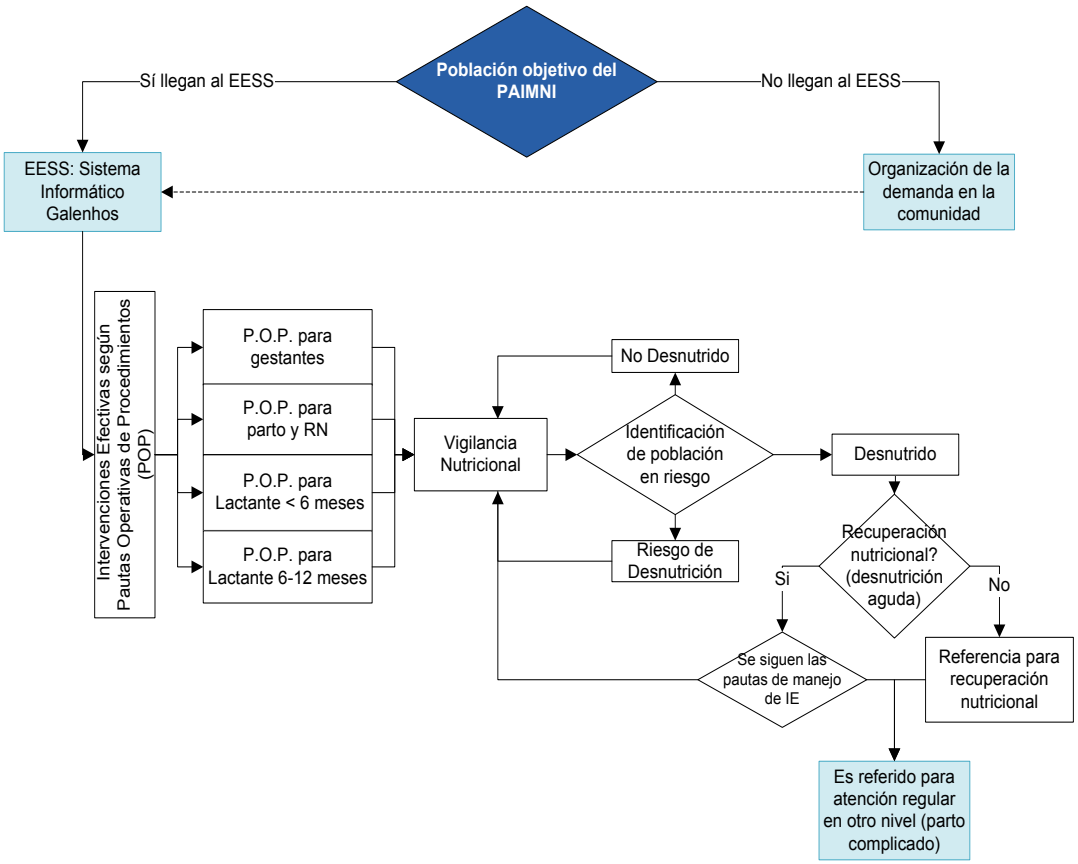
PLAN DE EXPANSION REGIONAL-2013

El PAIMNI:

El Gobierno Regional de San Martín se ha comprometido con su población a reducir en 10 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil (DCI) en menores de 5 años y en mujeres embarazadas en edad fértil, para el año 2014; para lo cual ha implementado el **Programa de Acciones Integrales para mejorar la Nutrición Infantil** (PAIMNI), su propósito es disminuir este porcentaje, con un enfoque de desarrollo integral en distritos de mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional.

Siendo la estrategia de mayor resultado la aplicación de intervenciones efectivas en gestantes y de manera progresiva en cada nueva cohorte de niños (desde recién nacidos a 5 años) en los distritos priorizados para la ejecución del PAIMNI en la Región San Martín.

El baluarte del abordaje es el *seguimiento longitudinal*, según el siguiente esquema.



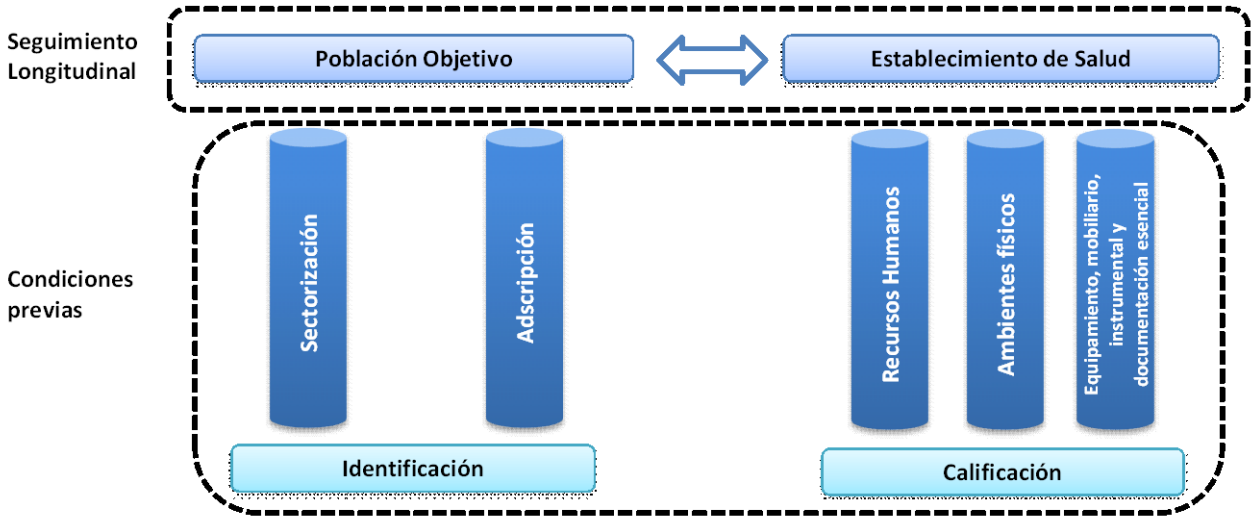
El **seguimiento longitudinal** es la relación personal que se establece a lo largo del tiempo entre los pacientes y una fuente asistencial habitual sea este un establecimiento o personal de salud (Alpert y Charney-

1974), en la que se trata al paciente como persona en toda su complejidad, considerando sus valores y preferencias (Institute of Medicine-1997).

Las **Intervenciones Efectivas** son una conjunto de actividades que han mostrado ser de impacto positivo en la reducción de la desnutrición crónica infantil, además son viables y costo efectivas (serie Lancet, 2008). Son 14 IE seleccionadas para el PAIMNI:

INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA REDUCIR LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL
1. Atención pre-natal
2. Atención del Recién Nacido
3. Atención post-parto (puerperio)
4. Planificación familiar
5. Administración de vacunas
6. Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)
7. Suplemento de micronutrientes (hierro, ácido fólico, vitamina A) y Zinc
8. Promoción y educación en prácticas saludables
- Lavado de manos con jabón
- Promoción de la lactancia materna exclusiva
- Consejería sobre alimentación complementaria
- Sesiones demostrativas
- Uso de agua segura para beber
9. Atención de diarreas
10. Zinc para tratamiento de diarreas
11. Atención de infecciones respiratorias
12. Atención de otras enfermedades prevalentes
13. Suplemento de calorías y proteínas para niños desnutridos
14. Suplemento de calorías y proteínas para gestantes desnutridas

Para el desarrollo del programa se ha planteado como **condiciones previas** el cierre de las siguientes brechas:



Antecedentes:

El PAIMNI ha desarrollado la implementación piloto en 3 microredes de la Red Moyobamba: Soritor, Jepelacio y Llullucucha. Dicha implementación tuvo como objetivo validar diferentes instrumentos y metodologías para el mejor desempeño una vez el PAIMNI avance a escala regional.

La primera etapa del PAIMNI fue desarrollar las condiciones previas en las microredes piloto, en ese sentido se realizó la calificación y el proceso de sectorización y adscripción.

En paralelo se han realizado acciones desde el campo de gestión de financiamiento, recursos humanos, sistemas de información, gobernanza, entre otros para dar soporte a la implementación de la prestación. A continuación el desarrollo sucinto de las actividades desarrolladas en torno a la condición previa de sectorización y adscripción.

- **Talleres de Sectorización y Adscripción**

  Objetivo: Analizar la organización de los servicios de salud y plantear mejoras en la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud a partir de sus determinantes sociales, culturales, geográficas, económicas, para luego implementar el seguimiento longitudinal de las intervenciones efectivas en el menor de 1 año y mujer gestante y disminuir la DCI.

  - **Taller 1**

    Producto: Obtención de dos mapas preliminares: urbano y de comunidades, sectorizados.
  - **Taller 2**

    Producto: Obtención de dos mapas finales: urbano y de comunidades, sectorizados. Y lista de gestantes y menores de 1 año, identificando casos de DCI

Luego de ello se desarrolló talleres para evaluar el desarrollo de las intervenciones efectivas en los servicios de salud, para lo cual se les dio de manera previa las Pautas Operativas de Procedimiento (guía de Intervenciones Efectivas según etapa de vida: gestante, recién nacido, menor de 6 meses, 6 meses a 12 meses):

- **Talleres de Monitoreo de Intervenciones Efectivas en el marco del Seguimiento Longitudinal**

  Objetivo: Evaluar la aplicación de las Intervenciones efectivas para la reducción de la desnutrición crónica infantil sistematizadas en las Pautas Operativas de Procedimientos bajo el marco del Seguimiento Longitudinal.

  - **Taller 1**

    Producto: Evaluación cruzada con guía de aplicación de IE.
  - **Taller 2**

    Producto: Evaluación cruzada con énfasis en la revisión de las Historias Clínicas.
  - **Taller 3**

    Producto: Evaluación in house.

Durante el desarrollo de estos talleres se ha tenido la presencia de la DIRES y la Red Moyobamba, (responsables de PAIMNI)

Situación Actual:

En lo referente a las tres microredes donde se están desarrollando los pilotos se ha avanzado con el proceso de calificación (incluso con otros establecimientos de salud) y hasta el taller 1 de los talleres de Monitoreo de Intervenciones Efectivas en el marco del Seguimiento Longitudinal quedando pendiente la siguiente programación:

- **Talleres de Monitoreo de Intervenciones Efectivas en el marco del Seguimiento Longitudinal**
  - **Taller 2**
    Producto: Evaluación cruzada con énfasis en la revisión de las Historias Clínicas. (Pendiente los 3 pilotos: Ab-May-Jun)
  - **Taller 3**
    Producto: Evaluación in house. (Pendiente los 3 pilotos: Jul-Agt-Set)

La fase de escalamiento

Objetivo: Expandir el PAIMNI a los distritos priorizados en la Región San Martín, según la experiencia desarrollada en la fase de pilotos.

Existen tres elementos a considerar:

- El escalamiento es para los 37 distritos restantes priorizados, lo que involucra 237 EESS, en 43 MR de las 10 redes, según la nueva redistribución.
- Cada Red tiene mediante resolución a su representante para el PAIMNI.
- El escalamiento como proceso debe ser en sí mismo el proceso de transferencia metodológica a la DIRESA San Martín, por lo que, quienes hagan en sí el proceso de escalamiento tienen que ser ellos, con el apoyo de la Red Moyobamba por cuanto ha estado involucrada desde el inicio por sus pilotos.

Se ha desarrollado módulos a fin de que la transferencia de la información sea fácil, estos tienen el horizonte de ser de utilidad a los responsables de RED quienes asumen el reto de organizar a sus MR en la implementación del PAIMNI, y que cada MR pueda incorporar el conocimiento para saber que hacer. Los módulos son los siguientes:

1. Módulo de Marco Conceptual del PAIMNI
2. Módulo de Seguimiento Longitudinal
3. Módulo de Calificación
4. Módulo de Sectorización y Adscripción
5. Módulo de las Pautas Operativas de Procedimientos
6. Módulo de Monitorización de la aplicación de las Pautas Operativas de Procedimientos (POP).
7. Módulo de Modelo de trabajo extramural.
8. Módulo de Sistema de Información Galenhos.

Cada módulo consta de una guía descriptiva en Word (incluye la metodología del desarrollo de los talleres), una exposición en PPT y una evaluación tipo en Word.

1. Taller de sensibilización, transferencia de Módulos y metodología de desarrollo de Talleres de réplica: (POLSALUD a DIRESA Y RED MOYOBAMBA)

Objetivo: Transferencia de tecnología del PAIMNI para el ejercicio del liderazgo en el escalamiento regional:

- afianzar conceptos
- manejar adecuadamente los módulos
- Conocer la metodología de los talleres a desarrollar

Participantes: DIRESA y Red Moyobamba (responsables del PAIMNI, estrategia M-N y PAN)

Producto: Recurso Humano de la DIRESA y Red Moyobamba en condiciones de liderar el proceso de escalamiento del PAIMNI a nivel regional

Para este primer taller deben estar desarrollados los módulos, principalmente los de Marco Conceptual, seguimiento longitudinal, sectorización y adscripción, POP y monitoreo de las POP.

En los momentos posteriores, se generarán reuniones para reforzar los conceptos metodológicos para el desarrollo de los siguientes talleres (**Reunión de reforzamiento de desarrollo de taller**).

2. Talleres de transferencia de Módulos y metodologías de desarrollo de Talleres de réplica: (DIRES Y RED MOYOBAMBA a Responsables de PAIMNI en REDES)

Objetivo: Transferencia de tecnología del PAIMNI para el ejercicio de la ejecución del escalamiento regional en cada Red de Salud:

- afianzar conceptos
- manejar adecuadamente los módulos
- Conocer la metodología de los talleres a desarrollar

Participantes: Responsables de PAIMNI de las redes y de las estrategias M-N y PAN de redes

Producto: Recurso Humano de las REDES en condiciones de ejecutar el proceso de escalamiento del PAIMNI a nivel cada una de sus redes, **aplicarán los talleres** a las Microredes priorizadas.

1. Talleres de Marco Conceptual y Seguimiento Longitudinal
2. Talleres de de¨ Sectorización y Adscripción¨
3. Talleres de¨ Monitoreo de las IE/POP¨

Los dos primeros en una primera etapa y el tercero en una segunda etapa, según el cronograma adjunto.

En los momentos posteriores, se generarán reuniones para evaluar el desarrollo de los talleres (**Reunión de evaluación** entre POLSALUD y los responsables de PAIMNI en REDES)

3. Talleres, propiamente, de ejecución (Responsables de PAIMNI en las REDES a Microredes priorizadas)

Objetivo: Implementación de PAIMNI en microredes priorizadas.

Participantes: Microredes priorizadas.

Producto: Los siguientes talleres:

- **Talleres de Sectorización y Adscripción**

  Objetivo: Analizar la organización de los servicios de salud y plantear mejoras en la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud a partir de sus determinantes sociales, culturales, geográficas, económicas, para luego implementar el seguimiento longitudinal de las intervenciones efectivas en el menor de 1 año y mujer gestante y disminuir la DCI.

  - **Taller 1**

    Producto: Obtención de dos mapas preliminares: urbano y de comunidades, sectorizados.
  - **Taller 2**

    Producto: Obtención de dos mapas finales: urbano y de comunidades, sectorizados. Y lista de gestantes y menores de 1 año, identificando casos de DCI

- **Talleres de Monitoreo de Intervenciones Efectivas en el marco del Seguimiento Longitudinal**

  Objetivo: Evaluar la aplicación de las Intervenciones efectivas para la reducción de la desnutrición crónica infantil sistematizadas en las Pautas Operativas de Procedimientos bajo el marco del Seguimiento Longitudinal.

  - **Taller 1**

    Producto: Evaluación cruzada con guía de aplicación de IE.
  - **Taller 2**

    Producto: Evaluación cruzada con énfasis en la revisión de las Historias Clínicas.
  - **Taller 3**

    Producto: Evaluación in house.

4. Monitoreo de parte de POLSALUD como veedores, en los talleres de ejecución (aleatorio)

Objetivo: Acompañamiento para el adecuado desarrollo de la implementación de PAIMNI en microredes priorizadas.

Participantes: Microredes priorizadas.

Producto: Informes de evaluación

.

El cronograma

DESARROLLO DE ESCALAMIENTO EN REUNIONES Y TALLERES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
Taller de sensibilización, transferencia de Módulos y metodología de desarrollo de Talleres de réplica: (POLSALUD--->DIRES Y RED MOYOBAMBA)	X																												
Taller de sensibilización, transferencia de Módulos MC/SL/SA y metodología de desarrollo de Taller de réplica: (DIRES Y RED MOYOBAMBA a Responsables de PAIMNI en Redes)			X																										
Talleres de Sectorización y Adscripción (Responsables de PAIMNI en Redes --- microredes priorizadas). Son 2 talleres					1	1			2	2																			
Reunión de evaluación de Talleres de Sectorización y Adscripción de Responsables de PAIMNI en Redes a microredes priorizadas (POLSALUD y Responsables de PAIMNI en Redes)													X																
Reunión de reforzamiento de desarrollo de taller de Monitoreo de Intervenciones Efectivas/Pautas Operativas de Procedimiento (POLSALUD a DIRES Y RED MOYOBAMBA)													X																
Taller de transferencia de Módulo Monitoreo de Intervenciones Efectivas/Pautas Operativas de Procedimiento, y metodología de desarrollo de Taller de réplica: (DIRES Y RED MOYOBAMBA a Responsables de PAIMNI en Redes)													X																
Talleres de Monitoreo de Intervenciones Efectivas/Pautas Operativas de Procedimiento (Responsables de PAIMNI en Redes a microredes priorizadas). Son 3 talleres														1	1						2	2					3	3	
Reunión de evaluación de Talleres de Monitoreo de Intervenciones Efectivas/Pautas Operativas de Procedimiento de Responsables de PAIMNI en Redes a microredes priorizadas(POLSALUD y Responsables de PAIMNI en Redes)																		x						x					
Monitoreo del Desarrollo de Escalamiento (POLSALUD)										X												X					X		

MC: Marco Conceptual
SL: Seguimiento Longitudinal
SA Sectorización y Adscripción

Appendix 4: PAIMNI Conceptual Framework Event

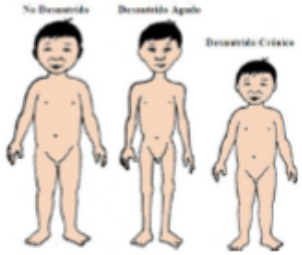
Marco Conceptual del PAIMNI

Algunas definiciones importantes:

El **hambre** puede definirse como la "escasez de alimentos básicos".

La **malnutrición** es el "estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos".

La **desnutrición** es el "estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos". Dentro de la desnutrición calórico proteica se reconocen 3 tipos:



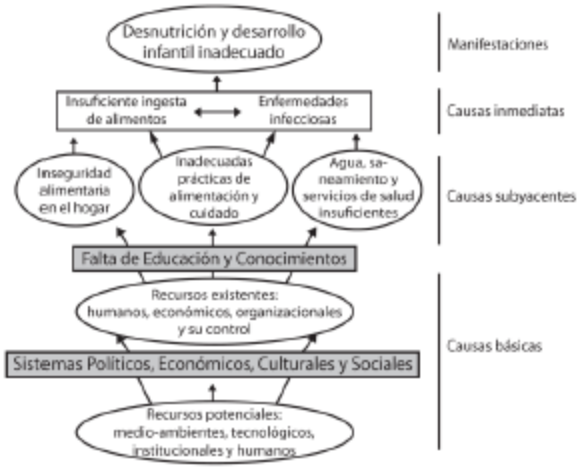
La **desnutrición crónica infantil** (DCI) es el estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación asociada a situaciones permanentes de ingesta insuficiente de alimentos o de frecuentes enfermedades; se mide como retardo de la talla para la edad (T/E). La desnutrición crónica infantil NO SE CURA.

La **desnutrición aguda infantil** (DAI) se presenta con una delgadez extrema, producto de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla rápidamente y se limita en el tiempo; se mide como una deficiencia de peso para talla (P/T).

La **desnutrición global** (DG) es la combinación de las dos primeras, se mide como deficiencia de peso para la edad (P/T x T/E = P/E).

Punto de corte (Desv. Estándar)	Clasificación de la DCI (T/E)	Clasificación de la DAI (P/T)	Clasificación de la DG (P/E)
-1 a 2	Normal	Normal	Normal
-1 a -2	Riesgo de DCI	Riesgo de DAI	Riesgo de DG
<-2	DCI	DAI	DG

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006).



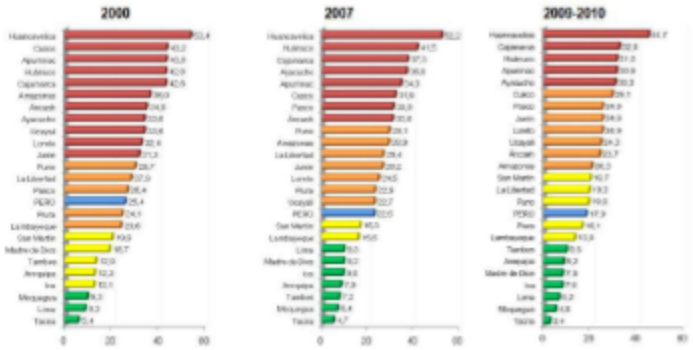
Fuente: UNICEF

¿Cuáles son las causas de la Desnutrición Crónica Infantil?

Las causas son múltiples y de distinta jerarquía, algunas son **inmediatas** como la alimentación insuficiente y las enfermedades infecciosas. Las **subyacentes** donde tenemos la mayor posibilidad de abordar de manera efectiva y las causas estructurales o **básicas** que requieren cambios de mayor nivel de decisión y que toma cambios socio-políticos.

¿Cómo está la Desnutrición Crónico Infantil en el Perú y en San Martín?

Desde hace una década el promedio de DCI en el Perú ha venido disminuyendo, en el 2010 el valor era de 17.9%, pero se siguen manteniendo las inequidades entre las distintas regiones, en el caso de la región San Martín se observa más bien un aumento de 16,3 en el 2007 a 19,7% para el 2010.



Fuente: *INEI - ENDES 2000, 2007, 2009 y 2011.*

En San Martín existe la siguiente distribución de Desnutrición Crónica Infantil (sombreado en verde), según el mapa al lado derecho.

Este mapa servirá luego para la priorización de distritos a intervenir por el Programa de Acciones Integrales para el Mejoramiento de la Nutrición Infantil (PAIMNI).

¿Qué es el Programa de Acciones Integrales para el Mejoramiento de la Nutrición Infantil (PAIMNI)?

El **Programa de Acciones Integrales para el Mejoramiento de la Nutrición Infantil,** es un programa que busca disminuir la desnutrición crónica infantil haciendo uso de intervenciones efectivas implementadas en un sistema de seguimiento longitudinal que tiene como baluarte la organización de la demanda en la comunidad, el sistema informático Galenhos y la articulación de los flujos de referencia y contrareferencia.

¿Cuáles son los objetivos del PAIMNI?

OBJETIVO GENERAL

Reducir la desnutrición crónica infantil, implementando un conjunto de intervenciones efectivas en gestantes y de manera progresiva en cada nueva cohorte de niños en los distritos priorizados para la ejecución del PAIMNI en la Región San Martín.

OBJETIVO ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO
Mejorar la ingesta de nutrientes y micronutrientes en madres gestantes y lactantes.	Prevención de enfermedades causantes de desnutrición en madres gestantes y lactantes.	Tratamiento eficaz de enfermedades prevalentes de la infancia, causantes de desnutrición.

¿Cuál es la población objetivo?

La **población objetivo** inicial son las gestantes y niñ@s menores de un año. En tanto las gestantes dejan de serlo una vez que son puérperas, los menores de un año crecen y tendrán dos a más años, ampliando anualmente a modo de cohortes la población infantil objetivo: el primer año se tiene como objetivo a los menores de un año, el segundo a los menores de dos años y así sucesivamente hasta que el quinto año la población seguida

Año de Seguimiento Longitudinal	Gestantes	Edad de los niñ@s				
		<1 año	1 año	2 años	3 años	4 años
Año 1	X	X				
Año 2	X	X	X			
Año 3	X	X	X	X		
Año 4	X	X	X	X	X	
Año 5	X	X	X	X	X	X

longitudinalmente consiste en las **gestantes y todos los menores de 5 años**.

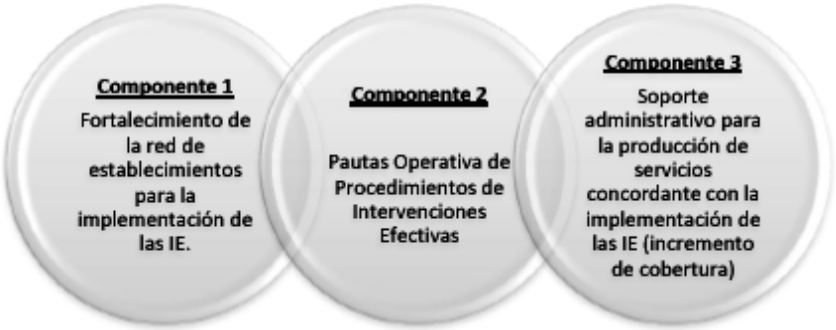
¿Cuáles son las estrategias del PAIMNI?

La forma más eficiente de poner en marcha el PAIMNI es en función al contexto regional, implementando en corto plazo la mejor manera de brindar los servicios a la población objetivo, analizando y concretando los requerimientos de recursos, la necesidad de uniformizar las competencias en el personal y anticipándose a las limitaciones del sistema logístico. Por lo que se establecen las siguientes estrategias:

1. **Focalización de actividades en comunidades con mayor riesgo de vulnerabilidad a la desnutrición.**
2. **Priorización de actividades efectivas en la gestante, madre lactante y niño menor de 3 años.**
3. **Fortalecimiento de la atención primaria de la salud en las Micro Redes de servicios.**
4. **Mejora de la calidad de la atención de la desnutrición y de las enfermedades prevalentes de los niños/as < de 5 años.**
5. **Desarrollo de capacidades en las familias para una adecuada alimentación y cuidado del niño(a) menor de 5 años**
6. **Vigilancia institucional y comunal en nutrición y de las enfermedades transmisibles que afectan a la gestante, madre lactante y niño(a) menor de 5 años.**
7. **Co responsabilidad multisectorial e intergubernamental para el abordaje con éxito de los determinantes de la desnutrición.**
8. **Monitoreo, seguimiento y evaluación con una concepción de bienestar y desarrollo integral del niño**

¿Cuáles son los componentes del PAIMNI?

Los componentes están orientados al mejoramiento de los servicios de salud para la adecuada aplicación de las intervenciones efectivas (IE) para reducir la desnutrición crónica infantil, mediante las Pautas Operativas de Procedimiento y un soporte administrativo concordante.



¿Cómo se organiza el PAIMNI?

En esta parte se describe las unidades de la organización que participan en la ejecución del PAIMNI, sus funciones e interrelaciones; se define el contexto institucional y su ubicación en la estructura orgánica de la Región, así como la necesidad de una unidad designada como responsable para la ejecución del Programa.

NIVEL DE DECISION REGIONAL	FUNCION
Gerencia de Desarrollo Social	Instancia estratégica y de decisión del con apoyo de la Coordinación del PAIMNI.
Dirección Regional de Salud	Instancia táctica y responsable del desarrollo de los Componente 1.
Hospitales, Redes de Salud y Microrredes.	Instancias operativas y de ejecución de las actividades del Componente 2.
Unidades Ejecutoras y Hospital	Instancia de soporte administrativo para la ejecución del Componente 3.

Gobierno regional: Composición, funciones y responsabilidades

Gerencia Regional de Desarrollo Social

- Aprobar los Planes Operativos Anuales del PAIMNI.
- Aprobar las responsabilidades de cada una de las Direcciones Regionales en el PAIMNI.
- Evaluar y controlar la ejecución de las actividades claves de los componentes del PAIMNI, definiendo las medidas correctivas para la marcha adecuada de los mismos.

Oficina Regional de Administración

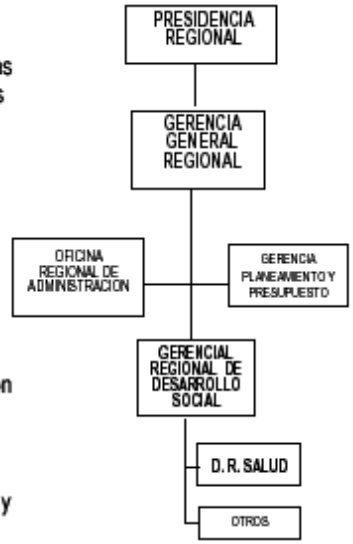
- Planear, organizar, administrar y controlar la gestión de las personas los recursos financieros, bienes muebles e inmuebles y servicios.
- Dirigir el suministro de materiales y servicios se requiera para el funcionamiento del PAIMNI

Gerencia de Planeamiento y Presupuesto

- Diseñar, evaluar y actualizar los procesos de planeamiento, inversión, racionalización, y asignación presupuestal para el despliegue del PAMINI en la región
- Evaluar la eficacia y eficiencia del PAIMNI y asignación de recursos para el logro de los objetivos y metas establecidas.

Estructura organizativa

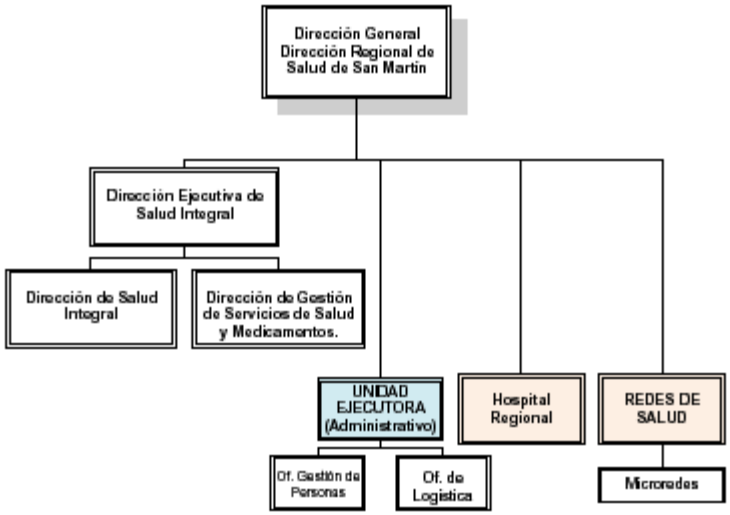
Región SM y Componente Salud. PAIMNI



Dirección Regional de Salud: Composición, funciones y responsabilidades

- Conducir la articulación técnica y operativa entre las diferentes unidades: Dirección Ejecutiva de Salud Integral, Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Medicamentos, Redes de Salud, Redes Unidad Ejecutora, Hospital Referencial de Tarapoto.
- Aprobar los contenidos del PAIMNI y visar los planes operativos anuales de cada una de las Direcciones y en su conjunto.
- Hacer seguimiento en la ejecución para proponer los cambios y ajustes necesarios a los instrumentos operativos, para garantizar la articulación y buena marcha del componente de servicios de salud.

- Revisar, aprobar y elevar el contenido de los planes anuales de adquisiciones y contrataciones necesarias para la operación de los servicios.
- Efectuar el monitoreo general en la ejecución del PAIMNI.



Redes de Salud: Composición , funciones y responsabilidades

Micro redes de Salud: Composición , funciones y responsabilidades

¿Cuáles son los distritos priorizados en la Región San Martín?

La priorización de distritos se realizó en base a dos criterios:

1. El porcentaje de niños menores de 5 años desnutridos
2. El número absoluto de niños desnutridos.

De acuerdo al primer indicador el ordenamiento ponia en prioridad la intervención en los distritos principalmente rurales con población dispersa. De acuerdo al segundo indicador, el ordenamiento ponia en prioridad a los distritos principalmente urbanos, que si bien tenian menores tasas relativas de desnutrición que los primeros, tenian un número de niños desnutridos importante.

N°	UBIGEO	PROVINCIA	DISTRITO	N° niñ@s con DCI	% niñ@s con DCI
1	220202	BELLAVISTA	ALTO BIAVO	257	27.5
2	220203	BELLAVISTA	BAJO BIAVO	511	27.6
3	220205	BELLAVISTA	SAN PABLO	268	26.7
4	220302	EL DORADO	AGUA BLANCA	71	24.7
5	220301	EL DORADO	SAN JOSE DE SISA	466	29.9
6	220303	EL DORADO	SAN MARTIN DE ALAO	477	32.0
7	220304	EL DORADO	SANTA ROSA	220	26.2
8	220305	EL DORADO	SHATOJA	109	30.5
9	220402	HUALLAGA	ALTO SAPOSOA	99	28.0
10	220502	LAMAS	ALONSO DE ALVARADO	534	27.1
11	220503	LAMAS	BARRANQUITA	180	27.2
12	220506	LAMAS	PINTO RECODO	401	30.3
13	220510	LAMAS	TABALOSOS	406	28.1
14	220511	LAMAS	ZAPATERO	142	25.5
15	220602	MARISCAL CÁCERES	CAMPANILLA	254	25.4
16	220603	MARISCAL CÁCERES	HUICUNGO	219	28.2

N°	UBIGEO	PROVINCIA	DISTRITO	N° niñ@s con DCI	% niñ@s con DCI
17	220604	MARISCAL CÁCERES	PACHIZA	142	25.0
18	220605	MARISCAL CÁCERES	PAJARILLO	191	27.0
19	220104	MOYOBAMBA	JEPELACIO	609	26.0
20	220101	MOYOBAMBA	MOYOBAMBA	1,677	21.7
21	220105	MOYOBAMBA	SORITOR	769	24.6
22	220702	PICOTA	BUENOS AIRES	94	25.3
23	220708	PICOTA	SHAMBOYACU	326	27.9
24	220802	RIOJA	AWAJUN	330	27.7
25	220803	RIOJA	ELIAS SOPLIN VARGAS	456	30.0
26	220804	RIOJA	NUEVA CAJAMARCA	984	23.0
27	220904	SAN MARTÍN	CHAZUTA	413	31.7
28	220907	SAN MARTÍN	HUIMBAYOC	180	30.4
29	220909	SAN MARTÍN	LA BANDA DE SHILCAYO	699	21.5
30	220911	SAN MARTÍN	PAPAPLAYA	111	28.4
31	220901	SAN MARTÍN	TARAPOTO	796	14.0
32	221003	TOCACHE	POLVORA	308	24.0
33	221005	TOCACHE	UCHIZA	446	21.9

El Seguimiento Longitudinal, corazón del PAIMNI

¿Qué entendemos por Seguimiento Longitudinal (SL)?

El **seguimiento longitudinal**, es la relación personal que se establece a lo largo del tiempo entre los pacientes y una fuente asistencial habitual sea este un establecimiento o personal de salud (Alpert y Charney-1974), en la que se trata al paciente como persona en toda su complejidad, considerando sus valores y preferencias (Institute of Medicine-1997).

¿Cuáles son las características del ¨Seguimiento Longitudinal ¨?

El *seguimiento longitudinal*, de manera general, es un atributo de la atención primaria y tiene tres características básicas:

- La **población es reconocida de manera nominal** (nombre y apellido) bajo el área de responsabilidad del establecimiento de salud.

- Se cuenta con el **conjunto de servicios completos** que debe recibir cada uno de los pacientes para que estén protegidos del riesgo.

- El **personal de salud se responsabiliza de proveer los servicios de salud** a lo largo del periodo tanto para usuarios que llegan al servicio como para los que no acceden de manera espontánea.

¿Cuáles son las variantes del ¨Seguimiento Longitudinal¨?

El *seguimiento longitudinal*, de manera específica, se presenta según la fuente asistencial habitual a la cual es vinculado el paciente:

- Vinculando al paciente con el lugar de prestación de los servicios de salud, las ventajas se explican por el hecho de contar con un depósito de información almacenada, *mejorando la atención de salud de tipo preventiva*.

- Vinculando al paciente directamente con el personal de salud (seguimiento longitudinal asistencial). Útil en la medida que el conocimiento con el paso del tiempo permite una mejor identificación de las necesidades de los pacientes y de la realización de *diagnóstico más precisos*.

¿Cuáles son las ventajas del Seguimiento Longitudinal?

Existen muchos estudios que demuestran las ventajas del SL y es mayor cuando se vincula el paciente con el personal de salud. Sin embargo, cuando el establecimiento de salud alcanza características de atención de salud primaria de alto nivel, sus ventajas pueden ser tan grandes como las que se observa al tener un personal de salud particular.

Ventajas	Vinculación con personal de salud	Vinculación con el establecimiento de salud
• Mejora la identificación de los problemas/necesidades	++	
• Permite un diagnóstico más preciso	++	
• Mejora la concordancia: - Mantenimiento de la cita - Consejo sobre tratamiento médico	 ++ ++	++
• Disminuye el número de hospitalizaciones	++	+
• Disminuye los costos	++	+
• Mejora la prevención	++	++
• Aumenta del grado de satisfacción	++	

(+, Hallazgos frecuentes; ++, hallazgos muy frecuentes)
Fuente: B. Starfield. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson.2004.

¿Cómo se efectúa el ¨Seguimiento Longitudinal¨ en el PAIMNI?

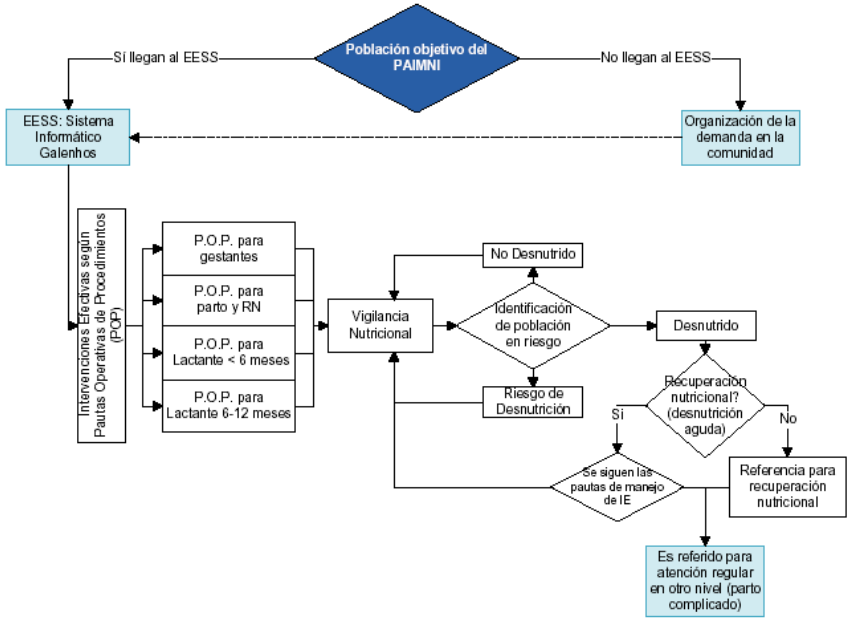
El ***Programa de Acciones Integrales para el Mejoramiento de la Nutrición Infantil***, PAIMNI, es un programa que busca disminuir la desnutrición crónica infantil haciendo uso de intervenciones efectivas implementadas en un **sistema de seguimiento longitudinal** que tiene como baluarte la organización de la demanda en la comunidad, el sistema informático Galenhos y la articulación de los flujos de referencia y contrareferencia.

Las posibilidades de mayor éxito de la reducción de la desnutrición se basan en la estrategia de seguimiento longitudinal a los nuevos niños que nacen para dar una atención continua que efectivamente permita identificar a los niños expuestos a factores de riesgo y actuar oportunamente, tanto para prevenir y/o proteger, como para recuperar en el mínimo plazo su estado nutricional.

Considerando la realidad del déficit en cantidad y la alta rotación del personal en salud, el seguimiento longitudinal se entiende, principalmente, como la presencia y utilización de los establecimientos de salud. No obstante, existe del personal de salud más estable la aceptación de brindar atención por un largo periodo de tiempo y la responsabilidad de

prestar servicio tanto para los que llegan al establecimiento como para los que no, que generalmente son los que más lo necesitan.

Para ello el abordaje conceptual del Seguimiento Longitudinal es:



¿Quiénes son nuestra Población Objetivo?

La **población objetivo** inicial son las gestantes y niñ@s menores de un año. En tanto las gestantes dejan de serlo una vez que son puérperas, los menores de un año crecen y tendrán dos a más años, ampliando anualmente a modo de cohortes la población infantil objetivo: el primer año se tiene como objetivo a los menores de un año, el segundo a los menores de dos años y así sucesivamente hasta que el quinto año la población seguida longitudinalmente consiste en las **gestantes y todos los menores de 5 años**.

Año de Seguimiento Longitudinal	Gestantes	Edad de los niñ@s				
		<1 año	1 año	2 años	3 años	4 años
Año 1	X	X				
Año 2	X	X	X			
Año 3	X	X	X	X		
Año 4	X	X	X	X	X	
Año 5	X	X	X	X	X	X

La población objetivo se parte en dos bloques: aquellos que llegan al establecimiento de salud y aquellos que no. Para los primeros el interés se configura en mejorar la prestación mediante la correcta aplicación de las intervenciones efectivas y para el segundo bloque es preciso reordenar la demanda para que acudan a los establecimientos de salud.

¿Qué hacemos con la población que NO llega al EESS?

Existen barreras que limitan el acceso al establecimiento de salud, en ese caso el trabajo es *activo*, debemos de ir en su búsqueda y para eso contamos con el apoyo de la comunidad organizada (municipalidad, juntas vecinales, agentes comunitarios, etc).

La participación comunitaria no se restringe a la captación de la población objetivo, para que el seguimiento longitudinal funcione se necesita el compromiso del gobierno local y actores relevantes de la comunidad. Para mayor detalle acerca del **proceso de involucramiento de la sociedad civil en la implementación del seguimiento longitudinal** referirse a la Guía Metodológica especifica.

¿Qué hacemos con aquella población que SI llega al EESS?

Existen momentos claves donde la fuente asistencial habitual y la población objetivo se vinculan (contactan) por primera vez o de manera continua, son momentos que no deben ser desaprovechados porque en cada uno de ellos existe la ventana de oportunidad de poder aplicar las intervenciones efectivas y afianzar el vínculo en el tiempo, son conocidos como los **puntos de contacto**:

¿Cuáles son las intervenciones efectivas (IE) y las Pautas Operativos de Procedimiento (POP)?

Las Intervenciones Efectivas son una conjunto de actividades que han mostrado ser de impacto positivo en la reducción de la desnutrición crónica infantil, además son viables y costo efectivas (serie Lancet, 2008). Son 14 IE seleccionadas para el PAIMNI:

INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA REDUCIR LA DESNUTRICION INFANTIL
1. Atención pre-natal
2. Atención del Recién Nacido
3. Atención post-parto (puerperio)
4. Planificación familiar
5. Administración de vacunas
6. Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)
7. Suplemento de micronutrientes (hierro, ácido fólico, vitamina A) y Zinc
8. Promoción y educación en prácticas saludables
- Lavado de manos con jabón
- Promoción de la lactancia materna exclusiva
- Consejería sobre alimentación complementaria
- Sesiones demostrativas
- Uso de agua segura para beber
9. Atención de diarreas
10. Zinc para tratamiento de diarreas
11. Atención de infecciones respiratorias
12. Atención de otras enfermedades prevalentes
13. Suplemento de calorías y proteínas para niños desnutridos
14. Suplemento de calorías y proteínas para gestantes desnutridas

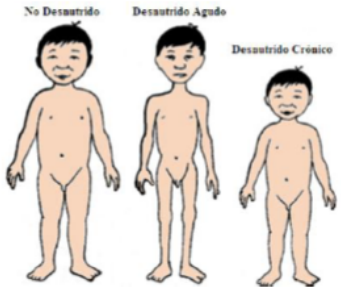
Los seis puntos de contacto y las catorce intervenciones efectivas se ciñen en cuatro **Pautas Operativas de Procedimientos (POP)**, debido a que se introduce el enfoque de etapas de vida, a fin de brindar una atención integral. Las POP son documentos que dan cuenta de cómo se debe de ejecutar las intervenciones efectivas y los recursos necesarios.

Pautas Operativas de procedimientos son cuatro:

Articulando las pautas operativas, los puntos de contacto y las intervenciones efectivas podemos observar ¨redundancias¨ en las intervenciones según las etapas de vida y es porque la atención (POP) es transversal a las intervenciones o puntos de contacto y se enmarca en lo que se debe de hacer a cada persona según el momento que este viviendo.

PAUTAS OPERATIVAS DE PROCEDIMIENTOS	PUNTOS DE CONTACTO	INTERVENCIONES EFECTIVAS
Atención a la gestante.	Durante el EMBARAZO	Atención pre-natal Planificación familiar Suplemento de micronutrientes Promoción y educación en prácticas saludables Suplemento de calorías y proteínas para desnutridas
Atención de partos y recién nacidos.	Durante el PARTO Durtante el POST PARTO	Atención post-parto Atención del Recién Nacido Planificación familiar Suplemento de micronutrientes Promoción y educación en prácticas saludables
Atención de niño lactante menor de 6 meses.	Control de Niñ@ SANO Control de Niñ@ ENFERMO VACUNACIÓN	Administración de vacunas Control de Crecimiento y Desarrollo Suplemento de micronutrientes Promoción y educación en prácticas saludables Atención de diarreas Zinc para tratamiento de diarreas Atención de infecciones respiratorias Atención de otras enfermedades prevalentes Suplemento de calorías y proteínas para desnutridos
Atención de niño lactante de 6 a 12 meses.	Control de Niñ@ SANO Control de Niñ@ ENFERMO VACUNACIÓN	Administración de vacunas Control de Crecimiento y Desarrollo Suplemento de micronutrientes Promoción y educación en prácticas saludables Atención de diarreas Zinc para tratamiento de diarreas Atención de infecciones respiratorias Atención de otras enfermedades prevalentes Suplemento de calorías y proteínas para desnutridos

¿Cómo clasifico a los niños en función a su estado nutricional?



La **desnutrición crónica infantil** (DCI) es el estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación asociada a situaciones permanentes de ingesta insuficiente de alimentos o de frecuentes enfermedades; se mide como retardo de la talla para la edad (T/E). La desnutrición crónica infantil NO SE CURA.

La **desnutrición aguda infantil** (DAI) se presenta con una delgadez extrema, producto de una pérdida de peso asociada con períodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla rápidamente y se limita en el tiempo; se mide como una deficiencia de peso para talla (P/T).

Punto de corte (Desv. Estándar)	Clasificación de la DCI (T/E)	Clasificación de la DAI (P/T)
-1 a 2	Normal	Normal
-1 a -2	Riesgo de DCI	Riesgo de DAI
<-2	Desnutrición Crónica Infantil	Desnutrición Aguda Infantil

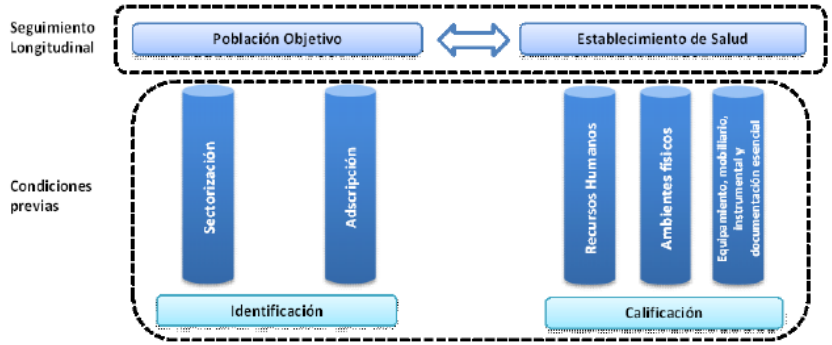
Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006).

Los niñ@s que no tengan desnutrición o estén en riesgo de desnutrición se los vigilara nutricionalmente haciendo uso de las IE desarrolladas en las PP.

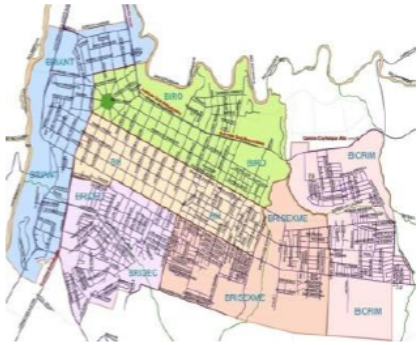
En aquell@s desnutridos agudos se iniciará una recuperación nutricional o se referirá a un establecimiento de salud de mayor jerarquía, una vez culminado su tratamiento retorna a su fuente asistencial habitual, de tal manera que se asegura la continuidad de la atención basado en un sistema de referencia y contra-referencia. Una referencia también se puede suscitar para la atención de un parto complicado, neumonía o diarrea en los niños que no pueda ser tratada en el establecimiento de origen.

¿Cuáles son las condiciones previas para el desarrollo del SL en el PAIMNI?

El elemento principal en el seguimiento longitudinal es el vínculo entre la población objetivo y la fuente asistencial habitual (establecimientos de salud):



Hacer viable este vínculo pasa por generar condiciones previas que apoyen a los actores. La población objetivo precisa ser identificada de una manera ordena haciendo uso del proceso de sectorización y adscripción; y el establecimiento de salud precisa ser calificado para la aplicación de las intervenciones efectivas de manera adecuada para ello se debe cerrar brechas entorno a los recursos humanos, ambientes físicos y equipamiento, mobiliario, instrumental y documentación esencial.



La **sectorización** es una estrategia, que tiene como objetivo la organización de toda la jurisdicción de los establecimientos de salud del primer nivel de atención en sectores, y se representa gráficamente a través de un croquis la zona urbana y otro la zona rural, elaborado participativamente y distribuye en forma equitativa cada sector a un personal de salud responsable.

La **adscripción** es la identificación de la población objetivo que habita en cada uno de los sectores y a partir del cual se obtiene un listado que identifique nominalmente y describa características que faciliten la gestión del territorio para brindar un seguimiento longitudinal basado en la aplicación de las intervenciones efectivas, con la participación de las instituciones y la comunidad organizada para disminuir la desnutrición crónica infantil.

Para mayor detalle acerca del proceso de sectorización y adscripción referirse a la Guía metodológica de Sectorización y Adscripción.

La **calificación** es el proceso por el cual se establece una línea base de las condiciones en las que se encuentran los establecimientos de salud en términos de recursos humanos, ambientes físicos y equipamiento, mobiliario, instrumental y documentación esencial. Este diagnóstico es confrontado con las condiciones mínimas para el cumplimiento de las intervenciones efectivas, estableciéndose una brecha la cual es menester de la administración cerrarla. Para mayor detalle acerca del proceso de calificación referirse a la Guía metodológica de Calificación.

¿Cómo aseguro la calidad del seguimiento longitudinal?

Para asegurar la calidad se precisa de un sistema de información longitudinal en los servicios, que integre y simplifique los registros de información actuales y que proporcione reportes de apoyo a la gestión local de los servicios, esta característica lo tiene **el Sistema de Información Galenhos**, que complementará a los otros sistemas existentes como SIP2000 y SISMUNI.

Galenhos se constituye en una herramienta fundamental para el monitoreo de la efectividad del PAIMNI, en la medida que permite implementar el seguimiento nominal de casos de niños y niñas que son atendidos en los establecimientos de salud.

Este sistema automatiza los procesos asistenciales (consulta externa, hospitalización y emergencia) y subprocesos vinculados como facturación, caja, farmacia, y los servicios de apoyo a diagnóstico, además otorga el enlace para el intercambio de información sanitaria

Entre sus ventajas se tiene que:

- El tiempo de ingreso de datos es minimizado, incrementando el tiempo de atención a los pacientes.

- La calidad de información es mejorada debido a que no hay redundancia en la información ingresada.
- Menores tiempos de espera para los pacientes porque permite un flujo de atención en tiempo real, y no dependiente de la manipulación y transporte de papel mediante órdenes entre las unidades prestadoras
- Menores niveles de subfacturación.

Para mayor detalle acerca del Sistema de Información Galenhos referirse a los manuales de usuario de Galenhos.

Appendix 5: Report on Regional Budget 2013

Financiamiento de los Programas Presupuestales en el 2013: Cómo cubrir la brecha para contratos CAS

Introducción

El presupuesto 2013 tiene algunas particularidades. La primera es que a diferencia de años anteriores el PIA 2013, no difiere mucho del PIM 2013. Este año no están previstas las "transferencias MINSA" que sí lo hubo los anteriores tres años y que fueron montos presupuestales que modificaban sustancialmente el PIA. Más bien, el presupuesto que se ha duplicado, es el que canalizará el SIS, para el presente año, casi llega al millón de soles de presupuesto asignado para el pago de prestaciones, con lo cual, el lineamiento de política de fortalecer al SIS como brazo financiero del sistema, está totalmente reflejado.

Estas novedades en el presupuesto, no necesariamente son inmediatamente reconocidas en el nivel regional, pues no hay instancias de revisión del presupuesto general de la región, sino funcionarios por las diferentes vías: solo RO, solo SIS, etc. A ello se suma que a pesar del proceso de descentralización en curso, una parte de los recursos asignados a las Unidades Ejecutoras (UE) de los Gobiernos Regionales (GRs) siguen siendo decididas desde el Gobierno Nacional. Este es el caso de los recursos orientados a los Programas Presupuestales (PP). A la fecha, el GN no cuenta con una regla explicita de asignación de recursos adicionales que deben transferir y por lo tanto los GRs y en particular, las Direcciones Regionales de Salud no tienen mecanismos para conocer el conjunto de recursos que manejaran ni las condiciones de entrega. Por ello, se ha generado preocupación en el sentido de que los fondos previstos para mantener y/o ampliar los contratos CAS 2012 no estarían financiados en las cadenas presupuestales de los Recursos Ordinarios. A continuación, se presenta un análisis del conjunto del presupuesto para contribuir a que las regiones hagan las previsiones necesarias para mantener y/o ampliar de ser necesario los contratos CAS, con las posibilidades de financiamiento que hay este año, básicamente, los fondos adicionales en el SIS tanto para el pago de prestaciones, como los 94 millones asignados para establecer convenios de gestión con relación a resultados.

Por lo mencionado el párrafo precedente, se ha estimado el presupuesto 2013 de los GRs con la información disponible en la consulta amigable del MEF, para así lograr analizar y comparar montos de asignación con el ejercicio del año anterior y de esta manera despejar las dudas sobre el financiamiento el incremento o decremento de la asignación presupuestal en su conjunto destinada a salud en el nivel de los gobiernos regionales.

Análisis

Presupuesto 2013 de los Gobiernos Regionales destinado a Salud

A Febrero del presente año, los Gobiernos Regionales cuentan en su Presupuesto Institucional Modificado (PIM) con 4.333 millones de NS. Esto muestra una reducción de 1% respecto a la ejecución del año anterior. Si bien la reducción no parece significativa, si

analizamos según tipo de gasto, encontramos que el gasto corriente ha caído en 12% y las inversiones aumentaron en 46%. La disminución del gasto corriente se halla principalmente en los PP Articulado Nutricional (PAN) y Salud Materno Neonatal (SMN) en la genérica "Bienes y servicios". Debido a la disminución del gasto corriente, las Regiones están preocupadas ya que perciben la falta de recursos para cubrir los gastos corrientes de bienes y servicios (CAS y medicamentos), cuyos recursos financian la operación regular de los servicios. Sin embargo, este tipo de análisis sería incompleto, debido a que a febrero, las Regiones aún no han incorporado las transferencias del SIS, MINSA, INEN y MIDIS y por lo tanto aún no cuentan en su PIM con esos recursos.

Cuadro 1. Recursos de los Gobiernos Regionales destinado a Salud

Genérica de Gasto	Ejecución 2012									PIM 2013									Diferencia PIM 2013 ejecución 2012								
	PAN	SMN	TBC-VIH	EMZ	ENT	P.C Cancer	Otros PP	No PP	Total	PAN	SMN	TBC-VIH	EMZ	ENT	P.C Cancer	Otros PP	No PP	Total	PAN	SMN	TBC-VIH	EMZ	ENT	P.C Cancer	Otros PP	No PP	Total
Total	**769**	**739**	**209**	**143**	**182**	**87**	**12**	**2,238**	**4,379**	**647**	**613**	**209**	**109**	**160**	**87**	**191**	**2,318**	**4,333**	**-123**	**-126**	**0**	**-34**	**-22**	**0**	**179**	**80**	**-46**
Gasto Corriente	**689**	**582**	**183**	**120**	**165**	**68**	**9**	**1,747**	**3,561**	**582**	**518**	**171**	**99**	**157**	**83**	**76**	**1,453**	**3,138**	**-107**	**-64**	**-11**	**-21**	**-8**	**15**	**67**	**-294**	**-423**
Personal y obligaciones sociales	337	328	97	51	95	23	1	928	1,860	357	343	102	55	110	42	26	782	1,818	20	15	6	4	15	19	24	-146	-42
Pensiones y otras prestaciones sociales	1	1	0	0	0	0	0	5	7	0	0	0	0	0	0	0	3	3	-1	-1	0	0	0	0	0	-3	-4
Bienes y servicios	336	243	85	68	68	44	8	704	1,557	221	171	68	43	46	41	50	618	1,258	-115	-72	-17	-26	-21	-4	42	-86	-299
Otros gastos corrientes	15	10	1	1	2	1	0	110	138	3	3	1	0	0	0	0	50	59	-11	-7	0	0	-1	0	0	-59	-78
Gasto de Capital	**81**	**157**	**26**	**23**	**17**	**19**	**3**	**491**	**817**	**65**	**96**	**37**	**10**	**3**	**4**	**115**	**865**	**1,195**	**-16**	**-62**	**11**	**-13**	**-14**	**-15**	**112**	**374**	**378**
Donaciones y transferencias								10	10									0								-10	-10
Adquisiciones de activos no finacieros	81	157	26	23	17	19	3	481	808	65	96	37	10	3	4	115	865	1,195	-16	-62	11	-13	-14	-15	112	384	387

Fuente: SIAF-MEF 05/02/13 y MINSA.

Presupuesto 2013 de los Gobiernos Regionales considerando las transferencias MINSA, SIS, INEN y MIDIS.

Como es conocido, el PIM se actualiza durante el año debido a las habilitaciones, anulaciones, transferencias de partidas o créditos suplementarios que realizan las diversas instituciones del estado. En el caso de los Gobiernos Regionales, específicamente en la función Salud, estas modificaciones presupuestarias son significativas, debido a las transferencias que reciben éstos del SIS por prestaciones y PP, MINSA e INEN para PP y MIDIS para combatir la desnutrición Crónica Infantil. Considerando las transferencias mencionadas, el presupuesto estimado de los GR se muestra en el cuadro 2.

La mayor parte de las transferencias se asignaría a gasto corriente, principalmente a la genérica bienes y servicios (CAS y medicamentos), la cual solucionaría la preocupación de las Regiones de tener menos recursos en los PP para ésa partida. Los otros recursos se asignarían a la compra de equipos.

Si bien una de las preocupaciones de las Regiones es la falta de presupuesto en los PP, la cual queda disipada con el cuadro 2, también hay la inquietud de si esos recursos se pueden asignar a la específica de CAS. La respuesta sería si. Por ejemplo, el 2012, en promedio los GR destinaron el 16% de lo ejecutado por transferencias SIS a CAS. Esto se debe a que no existe alguna resolución del SIS que lo impida ni que lo habilite.

Cuadro 2. Recursos de los Gobiernos Regionales destinado a Salud

Programas Presupuestales	2012	2013							Diferencia 2013 - 2012
	Ejecución	PIM[1]	Transferencias					Total	
			MINSA[2]	INEN	MIDIS	SIS PP	SIS Prestaciones		
PAN	741	606	49		105	40	98	897	156
SMN	709	579	45			35	118	777	68
TBC-VIH SIDA	200	198	25			9	15	247	47
Enfermedades Metaxénicas y zoonosis	139	106	15				4	124	-15
Enfermedades No transmisibles	176	154	17			10	3	184	7
Prevención y Control del Cancer	82	84		22				106	24
Otros PPEE	11	184						184	173
No PPEE	2,043	2,037					313	2350	307
Total	**4,102**	**3,948**	**150**	**22**	**105**	**94**	**551**	**4,869**	**767**

Fuente: SIAF-MEF 05/02/13 y MINSA.

1/ Se descontarón los recursos que SIS a transferido por D y T al 05/02/13, debido a que, se está contabilizando en SIS prestaciones.

2/ Se ha distribuido los recursos según al estructura de la transferencia que realizó el MINSA el 2012

Respecto si el SIS puede financiar productos de los PP, el 2012, el 35% de los recursos ejecutados por Transferencias SIS estuvo destinado a PP (se suspendió el artículo 80 de la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto).

Para el 2013 se modifico el artículo 80 de la ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto:

Disposiciones complementarias modificatorias "Artículo 80°.- Modificaciones presupuestarias en el marco de los Programas Presupuestales

Las entidades que tengan a cargo programas presupuestales pueden realizar modificaciones presupuestarias en el nivel funcional programático entre y dentro de los programas a su cargo, pudiendo realizar anulaciones sólo si se han alcanzado las metas físicas programadas de los indicadores de producción física de producto en cuyo caso, el monto será reasignado en otras prioridades definidas en los Programas Presupuestales a su cargo, para las que las entidades pueden tener en cuenta el ámbito geográfico.

Las modificaciones presupuestarias en el nivel funcional programático se sujetan a lo señalado en el literal c) del párrafo 41.1 del artículo 41º de la Ley Nº 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.

Asimismo, se pueden realizar modificaciones a nivel institucional con cargo a los recursos asignados a los programas presupuestales siempre que el pliego habilitado tenga a su cargo productos o proyectos del mismo programa, sujetándose a lo señalado en el artículo 11º de la presente Ley, cuando corresponda. Dichas transferencias se realizan mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas, previo informe favorable de la Dirección General de Presupuesto Público"

De esta manera el SIS puede financiar los productos de los PP, pero una vez ingresado estos recursos a los GRs, estos podrán realizar modificaciones entre y dentro de los PP sólo si se han alcanzado las metas físicas programadas de los indicadores de producción física de producto. Por tal motivo, si antes de realizar las transferencias no hay una correcta identificación de las necesidades regionales por productos los resultados no serán los esperados.

Presupuesto en Salud del Gobierno Regional Piura

Considerando las distintas transferencias que el GN debe de transferir al GR Piura, el presupuesto para el presente año se ha incrementado en 5% en relación a la ejecución 2012. Esto se debe principalmente al aumento en los PP PAN, SMN y TBC-VIH SIDA, tales recursos se registran en su mayoría en la genérica bienes y servicios (incremento de 38%).

La participación de los PP ha aumentado, paso del 55% en el 2012 a 63% en el 2013, siendo los PP PAN SMN y TBC-VIH SIDA los de mayor participación y mayor incremento en relación del año anterior.

Cuadro 3. Recursos del Gobierno Regional Piura destinado a Salud

Programas Presupuestales	2012	2013							Diferencia 2013 - 2012
	Ejecución	PIM[1]	Transferencias					Total	
			MINSA[2]	INEN[3]	MIDIS	SIS PP	SIS Prestaciones		
PAN	51.2	45.2	2.7		5.1	2.6	6.6	62.1	11.0
SMN	43.4	39.6	2.2			2.5	8.7	53.0	9.6
TBC-VIH SIDA	8.9	12.1	1.3			0.4	0.8	14.6	5.7
Enfermedades Metaxénicas y zoonosis	11.2	13.0	0.7				0.0	13.8	2.5
Enfermedades No transmisibles	17.9	15.5	0.9				0.1	16.5	-1.4
Prevención y Control del Cancer	4.7	4.8						4.8	0.1
Otros PPEE	0.4	1.9						1.9	1.5
No PPEE	112.6	92.0					12.2	104.2	-8.4
Total	**250.3**	**216.4**	**7.9**	**0.0**	**5.1**	**5.5**	**28.4**	**263.2**	**12.9**

Fuente: SIAF-MEF 05/02/13 y MINSA.

1/ Se descontarón los recursos que SIS a transferido por D y T al 05/02/13, debido a que, se está contabilizando en SIS prestaciones.

2/ Se ha distribuido los recursos según al estructura de la transferencia que realizó el MINSA el 2012

3/ No se cuenta con la información de cómo se van distribuir los recursos a los GR

Presupuesto en Salud del Gobierno Regional San Martin

Cono se observa en el cuadro 4, los recursos destinados a Salud en el GR San Martin han aumentado en 40% en relación del ejercicio anterior. El 2012 ejecuto 167.5 millones NS y el 2013, incluyendo las transferencias, 234 millones NS. El incremento se debe al PP SMN, debido a que en el presente año se está considerando S/ 40 millones NS para el mejoramiento del Hospital II-2 de Tarapoto.

La participación de los PP ha aumentado, paso del 42% en el 2012 a 54% en el 2013, siendo los PP PAN y SMN y TBC-VIH SIDA los de mayor participación y mayor incremento en relación del año anterior. El PP SMN representa el 60% del incremento debido a la inversión en el Hospital II-2 de Tarapoto.

Cuadro 4. Recursos del Gobierno Regional San Martin destinado a Salud

Programas Presupuestales	2012	2013						
	Ejecución	PIM[1]	Transferencias				Total	Diferencia 2013 - 2012
			MINSA[2]	INEN[3]	MIDIS	SIS PP	SIS Prestaciones	
PAN	23.2	17.9	1.7		7.5	2.0	4.2	33.2	10.1
SMN	20.1	52.6	1.5			1.3	4.9	60.2	40.1
TBC-VIH SIDA	8.3	9.6	0.7			0.1	0.5	10.9	2.6
Enfermedades Metaxénicas y zoonosis	7.3	6.9	0.5				0.1	7.5	0.2
Enfermedades No transmisibles	9.2	8.5	0.5			0.4		9.5	0.3
Prevención y Control del Cancer	2.7	2.5						2.5	-0.2
Otros PPEE	0.3	1.5						1.5	1.3
No PPEE	96.5	99.0					9.6	108.6	12.1
Total	**167.5**	**198.6**	**4.9**	**0.0**	**7.5**	**3.9**	**19.3**	**234.0**	**66.6**

Fuente: SIAF-MEF 05/02/13 y MINSA.

1/ Se descontarón los recursos que SIS a transferido por D y T al 05/02/13, debido a que, se está contabilizando en SIS prestaciones.

2/ Se ha distribuido los recursos según al estructura de la transferencia que realizó el MINSA el 2012

3/ No se cuenta con la información de cómo se van distribuir los recursos a los GR

El financiamiento público del sector salud en el contexto del proceso de la descentralización [1]

Para entender la naturaleza del financiamiento público de los servicios de salud hay tres conceptos que son indispensables: i) las fuentes de donde proceden los recursos financieros; ii) los tipos de gasto que se financian, y; ii) las relaciones que se dan entre las diversas instituciones que conforman el sector público de salud.

El cuadro 1 presenta una breve descripción de los tipos de gasto (*genéricas de gastos)* que se financian a los prestadores de los servicios de salud. Los recursos que financian estos gastos provienen de diversas fuentes de financiamiento que tienen procedencias y lógicas de operación muy distintas como se puede apreciar en el cuadro 2. Asimismo, para brindar servicios de salud se necesita que existan un grupo de instituciones que se encarguen de brindar directamente el servicio a los ciudadanos (función prestación) y otras que se encarguen de regular, dar lineamientos y financiamiento a los prestadores (funciones de rectoría y financiamiento).

En los Gobiernos Regionales (GRs), la distinción presupuestal entre las instituciones que cumplen un rol rector/financiador de las que cumplen la función de prestación de salud es imposible debido a la actual estructura del sistema presupuestal en regiones. Por ejemplo, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) al ser unidad ejecutora (UE) al igual que las redes[2] -y no pliego como en el caso nacional- se le dificulta seriamente cumplir el rol de asignador de recursos a sus respectivas UE de salud. En cambio el MINSA, al asignar parte de los recursos a las UE que son prestadores[3] establece claramente una relación de jerarquía que no se da a nivel regional entre las DIRESA y sus UE como debiera darse en un proceso de descentralización.

[1] Chaname, C; Paulini, J y Tonato, E; 2011. "*El financiamiento público del sector salud en el contexto del proceso de la descentralización*" Pg: 5-9

[2] Generalmente identificadas por el número 400.

[3] La excepción es el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que es la única institución prestadora que es un pliego presupuestal y que por tanto tiene autonomía presupuestal.

Cuadro 1

Descripción de las genéricas de gasto en los prestadores de servicios de Salud

Genéricas		Descripción de los gastos en el Sector Salud
Gasto Corriente	Personal y obligaciones sociales	(i) Sueldo del personal administrativo nombrado y con contrato a plazo fijo y de los profesionales de la Salud (Nombrados contratados y SERUMS) (ii)pago de guardias hospitalarias (iii) pago de AETAS y productividades (iv) pago de escolaridad aguinaldos y gratificaciones (v) pago de CTS (vi) asignación por cumplir 25 o 30 años (vii) compra de uniformes (viii) pago contribuciones a ESSALUD
	Bienes y servicios	***Compra de bienes*** (i) Compra de alimentos y bebidas, (ii) vestuario y materiales textiles, (iii) combustibles, (iv) materiales y útiles de oficina, de limpieza y cocina, (v) repuesto y accesorio de vehiculos, de telecomunicaciones y otros, (vi) medicamentos y material e insumos médicos y de laboratorio, (vii) materiales y útiles de enseñanzas
		Contratación de Servicios (i) Pasajes, gastos de transporte, viáticos y asignaciones por comision de servicios , (ii) Pago de servicios básicos (Luz, agua, teléfono e internet), servicios de mensajeria, servicio de publicidad e inversiones, (iii) Servicio de limpieza, seguridad y vigilancia, (iv) servicios mantenimiento de oficinas, vehiculos, servicios de mobiliario y equipo, (v) pago del SOAT, (vi) servicio de consultoria y asesorias desarrollado por empresas o personas naturales, (vii) seminarios, talleres y similares organizados por la institucion, (viii) pago de contratos de Administración de Servicios (CAS)- incluidas las retribuciones a ESSALUD
	Otros gastos corrientes	(i)Transferencias corrientes a instituciones sin fines de lucro (CLAS), (ii)pago de sentencias judiciales y laudos arbitrales al personal administrativos de salud y/o pensionistas.
Gastos de Capital	Adquisición de activos no financieros	***Equipamiento*** Adquisición de mobiliario, equipos y aparatos médicos; adquisición de balanzas, equipos de aire acondicionado, Kit de cocina para charlas, adquisición de computadoras
		Proyectos de Inversión Pública (PIPs) Construcción y reparación de EESS, hospitales, bancos de sangre, almacenes, etc.

Cuadro 2

Descripción de las fuentes de financiamiento en los prestadores de servicios de Salud

Genéricas	Descripción de los gastos en el Sector Salud
Recursos Ordinarios	Son las asignaciones presupuestarias que provienen de los impuestos de recaudacion nacional y son asignadas por la Dirección General de Presupuesto Público. Están disponibles para ser gastadas a lo largo de todo el año.
Donaciones y Transferencias	***Donaciones*** Constituidas principalmente por las donaciones de agencias de cooperación internacional, otros paises o banca multilateral
	Transferencias Constituida principalmente por los reembolsos por las prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS) y sus saldos de balance
Recursos Directamente Recaudados	Correspondiente principalmente a: (i) Venta de productos de Salud (principalmente medicamentos), (ii) derechos y tasas administrativas (autorización, inspección y control sanitario, exámenes médicos, certificados de la salud, pases sanitarios, (iii) venta de servicios médicos y asistenciales y el cobro de exámenes de laboratorio y de ayuda al diagnóstico. Se incluye los saldos de balance.
Recursos Determinados	Son recursos que al igual que los recursos ordinarios tienen como fuente los ingresos de recaudacion nacional, sin embargo, tienen una regla de distribución especifica a traves de índices de distribucion. En el caso del Sector Salud han sido importantes los recursos provenientes de canon, FONIPREL, fideicomiso para GR y GL. Se incluye los saldos de balance.
Recursos por operaciones oficiales de crédito (Endeudamiento)	Constituido por los recursos provenientes de operaciones de endeudamiento principalmente con la banca multilateral (BID, Banco Mundial) y por la emision de bonos en el mercado local. Se incluye los saldos de balance.

Esquema de financiamiento del gasto corriente en los GR

Los datos muestran que el gasto corriente de los servicios de salud se financia básicamente a través de tres fuentes de financiamiento:

- Recursos ordinarios (RO), cuyo asignador principal es el MEF y financia a los pliegos tanto del GN como del GR. A partir del año 2008 el MINSA recibe del MEF recursos para asignar recursos orientados a Programas Presupuestales (PP) a los pliegos regionales. Los pliegos a su vez se encargan de revisar la asignación de recursos a sus UE ya que el presupuesto viene asignado por UE desde el MEF. Los prestadores utilizan generalmente estos recursos para financiar sus gastos fijos que son más rígidos como el pago de planillas, el pago de servicios básicos, pago de CAS, pago de sentencias judiciales, etc.

  En el 2013 el MIDIS financiará a los GRs para reducir la desnutrición crónica. Los recursos serán transferidos al MINSA y éste a los GR.
- Las donaciones y transferencias (DyT), que en el caso de los servicios de salud corresponde principalmente a las transferencias del SIS por las prestaciones realizadas a sus afiliados y detalla los montos asignados a cada unidad ejecutora. Las UE que cumplen la función de prestación utilizan estos recursos para comprar medicamentos y a cubrir gastos de diversos rubros de la genérica de bienes y servicios, y en algunos casos el pago de personal CAS. Además de las transferencias por prestaciones, el presente año el SIS va a realizar convenios con los GR para transferir recursos para Programas Presupuestales (PP).
- Los recursos directamente recaudados (RDR), que como define el cuadro 2, corresponde a los ingresos propios de los prestadores por la venta de servicios y/o medicamentos, y se les conoce también como "gasto de bolsillo" ya que son los usuarios de los servicios los que pagan. Este tipo de ingresos es importante principalmente en establecimientos de mayor complejidad como hospitales ubicados principalmente en zonas urbanas. Son utilizados principalmente para la reposición de medicamentos, financiar gastos diversos de bienes y servicios, y para la caja chica de los establecimientos de salud.

Se aprecia, y merece resaltar, que a pesar del proceso de descentralización en curso, una parte de los recursos asignados a las UE de los GR se deciden directamente por el MINSA, es el caso de los recursos orientados a los Programas Presupuestales (PP), los cuales sumados a las transferencias hechas por el SIS pueden significar un monto significativo de recursos que son decididos por el nivel central. En dicho marco de relaciones, el rol de la DIRESA aparece disminuido en su rol rector y asignador de recursos de las políticas regionales de salud.

Esquema de financiamiento del gasto de capital en los GR

En el caso de los gastos de capital hay una diferencia en su financiamiento según los niveles de gobierno. Los gastos de capital de los prestadores del GN se financian básicamente con RO, recursos que vienen directamente del tesoro público. En cambio, los gastos de capital en salud en los GR tienen adicionalmente a los RO, los RD, provenientes principalmente del Canon, como fuente para financiar estos gastos.

Se aprecia una diferencia, además, en la manera de ejecución de recursos según el tipo de gastos de capital:

- Una parte significativa de los recursos financieros destinado a la compra del equipamiento (mobiliario, equipos médicos, balanzas, etc.)[4] es transferido a las UE de las entidades prestadoras. Estas realizan de manera directa los procesos de adquisición para el abastecimiento de sus servicios.

La ejecución de los proyectos de inversión pública son ejecutados y decididos administrativamente por entidades que cumplen funciones de rectoría y financiamiento. En el caso de los GR es la Sede Central o algún proyecto especial los que ejecutan los proyectos de inversión pública (PIP). En el caso del GN es el MINSA y PARSALUD los que ejecutan los PIP. Una vez culminados las obras estos son transferidos a los prestadores para su utilización y operación. En este caso no hay un flujo de recursos financieros sino básicamente un flujo de bienes

[4] Este tipo de bienes son clasificados como gastos de capital y no como bienes y servicios, puesto que su existencia no se acaba con su consumo, sino que se puede utilizar en periodos posteriores.

Appendix 6: Report on meeting regarding Budget 2014

Ayuda Memoria Reunión sobre programación de presupuesto 2014

Lugar, fecha y hora: Salón ministerial, viernes 8 de marzo de 2013; 4:45pm.

Participantes: Ministra, Alta Dirección, OGPP, DGSP, OD, HP.

Lineamientos de política de financiamiento del MINSA

1. El SIS actúa como brazo financiero del sistema de salud; siendo así el financiamiento debe progresivamente anclarse en paquetes de aseguramiento (personas) facilitando la visualización de la prestación y el financiamiento (cápitas) así como el seguimiento y evaluación de la política.
2. En ejercicio de la rectoría del MINSA, el punto de partida es definir con qué productos se considera prioritario atender y a quienes.

Tareas de la Comisión en el Marco de la RM Nº070-2013/MINSA

1. Incluir en la comisión encargada del proceso de diseño de los Programas Presupuestales del MINSA al SIS.
2. Revisar los Programas Presupuestales (PP) vigentes al 2013 (estabilizar los productos)
3. Evaluar la propuesta de nuevo programa presupuestal Salud Escolar
4. Sustentar ante el MEF

Descripción:

1. Dra. Doris Lituma convoca a SIS para integrarse a la comisión.
2. La revisión de los Programas Presupuestales (PP) vigentes al 2013
   Al 2013 existen los siguientes PP bajo el MINSA:

   001 PAN
   002 SMN
   0016 TBC-VIH/SIDA
   0017 Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis
   0018 Enfermedades no trasmisibles
   0024 Prevención y control de cáncer

En estos programas se procurará estandarizar los productos, para lo cual se revisará la pertinencia del nivel de agregación/desagregación de los productos y se propondrá al MEF las modificaciones que hubiere lugar. Lidera esta tarea DGSP.
Como lineamiento el nivel de empaquetamiento de los productos debe estar vinculado a la conveniencia en el seguimiento del cumplimiento de los mismos y su factibilidad.
En lo posible trabajar una matriz de costos y hacer ajustes por ruralidad y/o diferencial de precios.
Se elaboraría una nueva RM con las estructuras de costos de PPR para que sean remitidas al MEF. En sentido práctico se puede cumplir con este proceso para el caso de PAN, SMN, TBC-VIH/SIDA.

Presupuesto PAN = cápita niño * Factor ruralidad * Factor diferencial de precios regionales

Presupuesto PP = costo unitario por producto presupuestal * Factor ruralidad * Factor diferencial de precios regionales * metas

3. Evaluar las ventajas y desventajas de proponer un nuevo programa presupuestal
   Dado que el mandato presidencial es enfocar esfuerzos en los escolares a través de los Ministerios de Educación, Salud y MIDIS en el área que les corresponde, el MEF ha mencionado la posibilidad de generar un nuevo PP que en el ámbito de salud atienda la salud escolar.

Ventajas	Desventajas
1. Dado el mandato, es necesario contar con el financiamiento. Un nuevo PP de Salud Escolar pone foco en el financiamiento actual de las atenciones a este grupo a "demanda" y sin recursos visibles.	1. Posibilidades de duplicar financiamiento/cruce de PP por daño con PP por grupo de edad pues las prestaciones a este grupo están consideradas en otros PP actualmente vigentes (Trasmisibles y no trasmisibles)
2. Obliga al MINSA a seguir en la lógica de PPR, sin embargo, no necesariamente a las reglas actuales de programación. El MINSA debe adelantarse a plantear matrices de costos y evitar que todo el personal involucrado en la programación haga revisión de insumos.	3. Obliga al MINSA a transitar en la lógica de PP que se quería cambiar.
4. Oportunidad para ir transitando al financiamiento por paquetes prestacionales a grupos de población objetivo (aún dentro de la lógica de PP del MEF). Ver recuadro.	

Estrategia de transito del financiamiento de los PP a financiamiento por paquetes de aseguramiento.

Si bien la lógica de financiamiento esta por PP, mantener el lineamiento de transitar a empaquetar los productos presupuestales en

Presupuesto por resultados (PP)	Presupuesto	SIS	Paquetes de aseguramiento
001 PAN	Por producto presupuestal (estandarizar la presentación del producto)	Reembolsos para algunas prestaciones individuales para el grupo 0-5 años	PEAS para menores de 5 años
002 SMN	Idem que PAN	Idem PAN	PEAS para Salud Materno Neonatal
"Salud Escolar"	*Definir los productos presupuestales que interesa incluir*	*Prosperar a reembolso por escolar con paquete completo*	*PEAS para grupo de edad de 0 a 18 años*
0016 TBC-VIH/SIDA	Estandarizar la presentación del producto	Reembolsos para algunas prestaciones individuales	
0017 Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	Estandarizar la presentación del producto	Reembolsos para algunas prestaciones individuales	
0018 Enfermedades no trasmisibles	Estandarizar la presentación del producto		
0024 Prevención y control de cáncer	Estandarizar la presentación del producto		

En el tema de financiamiento, la idea es prosperar a pagos per cápita por grupo poblacional por factores de ajuste (ruralidad, diferencial de precios u otro).

Presupuesto PAN = cápita niño * Factor ruralidad * Factor diferencial de precios regionales * Nº niños menores de 5 años

En el tema de seguimiento, permite enfocar esfuerzos proactivos (búsqueda, seguimiento) de manera visible en término del número de personas atendidas en cada grupo, y aquellas atendidas con el paquete completo de prestaciones (gestantes, niños, escolares). Igualmente, para efectos de seguimiento, los indicadores sintéticos están referidos de manera visible a estos grupos. Para el resto se siguen los esfuerzos de la gente que acude al establecimiento "a demanda".

4. Sustentar ante el MEF

Para preparar la documentación al MEF con sentido práctico, se ha revisado las experiencias internacionales de programas/seguros para Salud Escolar (Ver recuadro inicial y archivos en drop box).

De la revisión rápida el paquete básico es:

Más adelante, es posible contar con una aproximación al volumen y tipo de atención actual (producción 2012) a este grupo con la base de datos del SIS como de HIS y base de datos de egresos filtrando las prestaciones para el grupo de edad de 5 a 18 años y conocer el paquete de prestaciones "a demanda". Este paquete podría ser comparado con el paquete normativo del seguro Mexicano o el Programa Chileno, así como las necesidades particularidades del país con este grupo.

PP SALUD ESCOLAR **Objetivo de política:** Realizar intervenciones efectivas con niños en edad escolar (5 a 18 años) para que su estado de salud física y mental les permita desarrollar capacidades para ejercer mayor control sobre los determinantes causales de su salud y mejorarla para potenciar su aprovechamiento escolar **Objetivos específicos:**	
1. Educación y promoción para la salud Promoción de comportamientos saludables 1. Impulsar el conocimiento de alimentación correcta, prácticas de actividad física y bebidas saludables para evitar la malnutrición (desnutrición y obesidad) 2. Reducir el consumo de tabaco (activo y ajeno) así como el alcohol 3. Educación e información para sexualidad responsable	Masivo
2. Prevenir enfermedades 1. Establecer estándares en la infraestructura, saneamiento básico para reducir para evitar emergencias, brotes, epidemias, problemas de postura y columna 2. Contar con instalaciones físicas seguras, mobiliario, peso máximo en mochilas que evite accidentes y lesiones.	NºInstituciones Educativas
3. Atención de Salud Individual (PEAS 5 a 18 años persona sana) Control de Peso Talla Detección y tratamiento de problemas de visión y audición Administración de vacunas Desparasitación Antianémicos Atención odontológica Prevención (Fluor), sellantes y tratamiento Atención psicológica Prevención de depresión infantil y adolescente Atención en salud sexual	Nº Escolares

3. Rehabilitar la salud (PEAS 5 a 18 años) Atención recuperativa en los principales problemas de salud (revisar bases de datos de consulta ambulatoria y egresos) Accidentes Cirugías	

Appendix 7: Technical Report on Job Profiles in SMT

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PERFILES DE PUESTOS DE LA DIRESA SAN MARTÍN Y SUS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

Documento Técnico

DISEÑO Y DEFINICIÓN DE PERFIL DE PUESTOS PARA LA DIRESA SAN MARTÍN Y SUS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

ÍNDICE

1. Introducción
2. Finalidad
3. Objetivos
4. Base legal
5. Ámbito de Aplicación
6. Contenido
6.1. Marco Conceptual
6.2. Metodología
6.3. Adaptaciones realizadas a los formatos de SERVIR
6.4. Utilidad de los perfiles de puestos
7. Responsabilidades
8. Conclusiones
9. Recomendaciones
10. Anexos
10.1 OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA DE LA DIRESA
10.1.1 Perfil de Puestos del Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria
10.1.2 Perfil del Puesto de la Secretaria de la Oficina de Inteligencia Sanitaria
10.1.3 Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
10.1.4 Perfil del Puesto de Especialista en vigilancia epidemiológica
10.1.5 Perfil del Puesto del Especialista en control de epidemias, emergencias y desastres
10.1.6 Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de gestión de investigación y análisis e información.

10.1.7 Perfil del Puesto del Especialista en Investigación

10.1.8 Perfil del Puesto del Especialista en Gestión de la información

10.1.9 Perfil del Puesto del Especialista en Telecomunicaciones

10.1.10 Perfil del Puesto del Especialista en Centro de Documentación

10.2 OFICINA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL DE LA DIRESA

10.2.1 Perfil del Puesto del Jefe de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial

10.2.2 Perfil del Puesto del Especialista en presupuesto y financiamiento

10.2.3 Perfil del Puesto del Especialista en Planeamiento

10.2.4 Perfil del Puesto del Especialista en Proyectos de Inversión

10.2.5 Perfil del Puesto del Especialista en Organización y Aseguramiento

10.3 DIRECCIÓN DE OPERACIONES – SALUD DE LA DIRESA

10.3.1 Perfil del Puesto del Director de la Dirección de Operaciones – Salud

10.3.2 Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de Recursos

10.3.3 Perfil del Especialista de Gestión Presupuestal

10.3.4 Perfil del Puesto del Especialista en Soporte Administrativo a Órganos Desconcentrados

10.3.5 Perfil del Puesto del Especialista en Gestión Logística y Control Patrimonial

10.3.6 Perfil del Puesto del Especialista de Administración de Recursos

10.4 DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA DIRESA

10.4.1 Perfil del Puesto del Director de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos

10.4.2 Perfil del Puesto del Especialista en Organización y Desarrollo Institucional

10.4.3 Perfil del Puesto del Especialista en Gestión Sectorial de Recursos Humanos

10.4.4 Perfil del Puesto del Especialista en Gestión del Trabajo

10.4.5 Perfil del Puesto del Especialista en Desarrollo y Gestión del desempeño

10.5 OFICINA DE OPERACIONES – SALUD (OOS) DE LA DIRESA

10.5.1 Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de Gestión Administrativa

10.5.2 Perfil del Puesto del Jefe de Área de Contabilidad

10.5.3 Perfil del Puesto del Jefe de Área de Tesorería

10.5.4 Perfil del Puesto del Jefe de Área de Logística

10.5.5 Perfil del Puesto del Jefe de Área de Personal

10.5.6 Perfil del Puesto del Jefe de Área de Patrimonio

10.5.7 Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de Gestión Presupuestal

10.5.8 Perfil del Puesto del Jefe del Área de Gestión Presupuestal

Introducción

El recurso humano es un elemento indispensable para reforzar los sistemas de salud, cualquiera sea su modelo de organización y funcionamiento. A través de la acción de los recursos humanos en salud se materializa el derecho a la salud y se garantiza la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, y la oportunidad y la calidad de la atención en salud.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2006, se señala que “el recurso humano es el elemento clave de todos los sistemas de salud y sus acciones son fundamentales para hacer progresar la salud. En este sentido, abundan las pruebas que la cantidad y calidad de los recursos humanos están efectivamente relacionados con los resultados en salud” (OMS, 2006). De igual forma, la gobernabilidad de los sistemas de salud y la mejora de su desempeño, son altamente dependientes de la cantidad y calidad del recurso humano.

La Organización Mundial de la Salud reconoce los problemas que atraviesan los trabajadores sanitarios y demanda que los Estados fijen su atención en ellos: “El personal de salud de un país se compone de trabajadores sanitarios que se encuentran en etapas muy diversas de sus vidas laborales; trabajan en muchos tipos distintos de

organizaciones y lo hacen sujetos a condiciones y presiones en continua evolución. Sean cuales sean las circunstancias, una estrategia eficaz dirigida a la fuerza laboral debe centrarse en tres objetivos fundamentales: mejorar el reclutamiento y contratación; ayudar al personal existente a potenciar su desempeño, y disminuir el ritmo de abandono de la fuerza laboral" (OMS, 2006).

En el Perú, uno de los factores críticos para el logro de los objetivos del sistema de salud son los recursos humanos, ya que de ellos depende el cumplimiento de las políticas, planes, programas y proyectos en salud y, en mayor medida, la implementación de las estrategias para llevarlas a cabo. En este sentido, el desafío para nuestro sistema de salud es la implementación de estrategias para lograr que "*las personas adecuadas se encuentren en los lugares adecuados, haciendo bien lo que tienen que hacer*", para lo cual se hace imprescindible tener a disposición documentos normativos, tecnologías, herramientas e instrumentos de gestión que permitan mejorar las capacidades los recursos humanos, de tal manera que éstos contribuyan con el logro de los objetivos sanitarios regionales contenidos en el Plan de Desarrollo Regional y, como consecuencia, el logro de los objetivos sanitarios nacionales definidos en el Plan Concertado de Salud.

En los últimos años, la Administración de los Recursos Humanos es una de las áreas de la Administración Pública que más transformaciones ha tenido, ya que no sólo han tocado sus aspectos tangibles sino, sobre todo, su finalidad, principios y conceptos. Una de las principales fuentes teóricas ha sido la Carta Iberoamericana de la Función Pública, donde se declara que la modernización de las políticas púbicas sobre recursos humanos constituye un eje de las reformas de la gestión pública, y señala como uno de sus principales criterios orientadores para la mejora y modernización de la función pública "la preeminencia de las personas para el buen funcionamiento de los servicios públicos, y la necesidad de políticas que garanticen el máximo valor del capital humano" (CLAD, 2003).

Es así que, en el marco de la reforma y modernización del Estado peruano, una de las medidas esenciales para el proceso de modernización ha sido la reforma del servicio civil, redefiniéndose el Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos como el conjunto de normas, principios, recursos, métodos, procedimientos y técnicas

utilizados por las entidades del sector público en la gestión de los recursos humanos, y creando la Autoridad Nacional de Servicio Civil como rectora de dicho sistema (D.L. N° 1023).

La Autoridad Nacional de Servicio Civil, a su vez, ha definido el sistema y su despliegue en los subsistemas de planificación, organización del trabajo, gestión del empleo, gestión del rendimiento, gestión de la compensación, gestión del desarrollo y gestión de las relaciones humanas y sociales, y los procesos de cada uno de los ellos. Además, ha precisado que el punto de partida para la implementación del Sistema de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos es la organización del trabajo, y ha desarrollado una metodología para el diseño y definición de los Perfiles de Puesto de trabajo, que han sido el marco para la implementación de la nueva estructura orgánica de la DIRESA San Martín. Basados en esta metodología y con la asistencia técnica del proyecto USAID|Perú|Políticas en Salud, el equipo técnico de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos de la DIRESA San Martín ha elaborado el presente documento técnico, el cual se constituye en una herramienta de gestión de recursos humanos que contiene el análisis y descripción un puesto, fijando requisitos, destrezas y competencias que demandan para el desempeño de las funciones del puesto.

La aplicación de esta herramienta permitirá diseñar y definir el perfil de puesto de cada uno de los puestos de las unidades orgánicas de la DIRESA San Martín y sus órganos desconcentrados, y a su vez, permitirá activar los subsiguientes procesos de incorporación, movilidad, evaluación del desempeño, aprendizaje individual y colectivo, y promoción de carrera, y finalmente, permitirá que la gestión de recursos humanos funcione como un sistema integrado, con todos sus subsistemas operando y conectados e interrelacionados a través de sus procesos.

Finalidad

Contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de Recursos Humanos en la DIRESA San Martín, a partir del diseño de puestos y definición de perfiles, para que éstos sirvan como herramienta de gestión que activen e interconecten operativamente los subsistemas de

gestión del empleo, de gestión del rendimiento y de gestión del desarrollo, y, junto con los demás subsistemas, sean aplicaciones de una estrategia de gestión de recursos humanos, funcionando como un sistema integrado, que aporte valor y contribuya al logro de los objetivos institucionales.

Objetivos

Objetivo general:

- Implementar los procesos del subsistema de Organización del trabajo del Sistema de Gestión de Recursos Humanos, en la DIRESA San Martín.

Objetivos específicos:

- Diseñar los puestos del personal de la Oficina de Inteligencia Sanitaria, la Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial, la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, la Dirección de Operaciones - Salud y la Oficina de Operaciones - Salud.
- Definir el perfil de puestos del personal clave de la Oficina de Inteligencia Sanitaria, la Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial, la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, la Dirección de Operaciones - Salud y la Oficina de Operaciones - Salud.

Base legal

1. Ley Nº 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
3. Decreto Supremo N° 043-2004-PCM Aprueban Lineamientos para la Elaboración y Aprobación del Cuadro para Asignación de Personal-CAP de las Entidades del Sector Público.

4. Decreto Supremo N° 043-2006-PCM Aprueban Lineamientos para la Elaboración y Aprobación del Reglamento de Organización y Funciones de las Entidades del Sector Público.
5. Ley Nº 28175 – Ley Marco del Empleo Público.
6. Ley 29158, Ley orgánica del Poder Ejecutivo
7. Ley 28112, Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público.
8. Ley 28411, Ley general del Sistema Nacional de Presupuesto.
9. Ley 27293, Ley que crea el Sistema Nacional de Inversión Pública, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo 102-2007-EF.
10. Decreto Legislativo 1088, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.
11. Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización
12. Ley 27867, Ley orgánica de Gobiernos Regionales, y sus modificatorias.
13. Decreto Legislativo Nº 1023 que crea la Autoridad Nacional del Servicio Civil, Rectora del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, Art 4.
14. Ordenanza Regional 003-2013-GRSM/CR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), y el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) de la Dirección Regional de Salud de la Región de San Martín.

Ámbito de Aplicación

Las disposiciones para el diseño de puestos y la definición de perfil de puestos, contenidas en el presente documento técnico, son de aplicación y cumplimiento obligatorio para todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud San Martín y sus órganos desconcentrados.

Contenido

Marco Conceptual

La elaboración del presente documento técnico responde al marco conceptual establecido por la Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR.

El Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos es un sistema integrado de gestión que opera a través de 7 sub sistemas, cuyo desarrollo permitirá atraer personas calificadas al sector público, retener y promover su desarrollo; con la

finalidad de cumplir los objetivos institucionales y generar compromiso hacia una cultura de servicio al ciudadano.

El esquema planteado por SERVIR para este sistema se muestra en el siguiente Diagrama:

Modelo del Sistema Administrativo de Recursos Humanos

Los procesos considerados para la elaboración, formulación de los ¨Perfiles de Puesto de Trabajo¨ se encuentran bajo el Subsistema de Organización del Trabajo.

SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO[5]

¨El subsistema de organización del trabajo integra el conjunto de políticas y prácticas del SGRHUS destinadas a describir y clasificar los puestos de trabajo; definir los requisitos y competencias para ocuparlos y registrar la distribución del personal en la organización, para garantizar el aprovechamiento más eficaz del tiempo de trabajo, de los recursos existentes y los resultados esperados de calidad y rendimiento del personal de salud.

❖ PROCESOS PRINCIPALES:

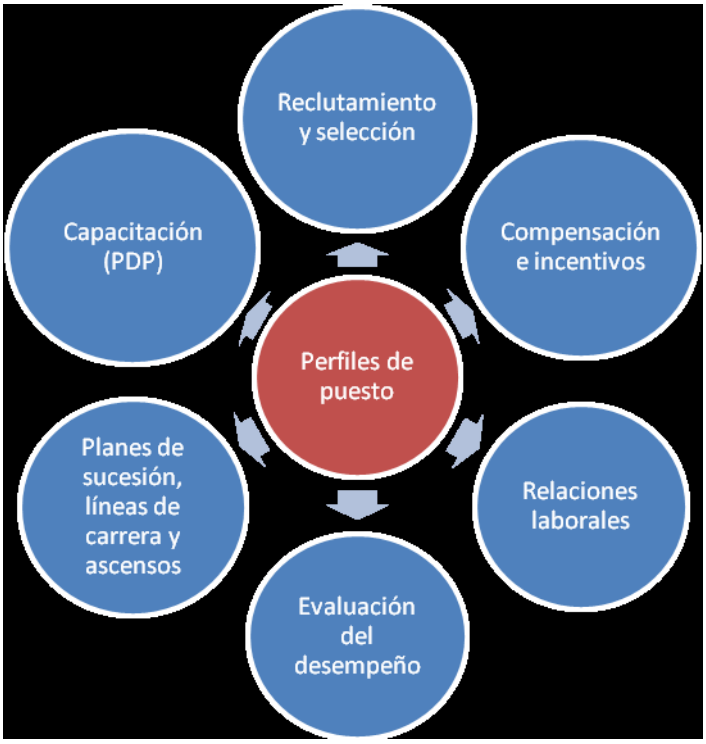
- ✓ **Descripción de Puestos:** Es la descripción concisa del puesto de trabajo y de todas las actividades desempeñadas por una persona (el ocupante), englobadas

[5] Fuente: "Avances hacia una Gestión Moderna de Recursos Humanos en Salud"/Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Dirección de Gestión del Trabajo en Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2011.177 pág.; ilus.; tab. – (Serie Bibliográfica de Recursos Humanos en Salud; 16)

en un todo unificado, el cual ocupa cierta posición formal en el organigrama de la institución. La posición del puesto en el organigrama define su nivel jerárquico, la subordinación (a quien responde), los subordinados (sobre quien ejerce la autoridad) y el departamento o división en el que está situado. Por esta razón, lo puestos se representan en el organigrama. Los puestos no existen al azahar, sino que se diseñan, proyectan, delinean, definen y establecen intencionalmente dentro de cierta racionalidad. (Chiavenato, 165)

- ✓ **Definición de Perfiles por Competencias:** Una vez que se tiene descrito o diseñado el puesto, se deberán definir las diferentes competencias y los niveles o grados requeridos para cada puesto. Las competencias se indican en el descriptivo de puestos con su nombre y grado o nivel."

Por otra parte, hay que señalar que la misión fundamental de la gestión de recursos humanos en cualquier organización es lograr que el desempeño de los trabajadores se ajuste a lo deseado, en términos de conductas y rendimiento productivo. La gestión moderna de recursos humanos se apoya en la información que resulta de un proceso básico que a menudo es descuidado y es el análisis de los puestos de trabajo. El conocimiento del papel que le corresponde a cada trabajador es la base de los sistemas de reclutamiento y selección de personal; capacitación; evaluación de puestos; evaluación del desempeño; política de remuneraciones e incentivos; carrera profesional; manejo de las relaciones laborales; entre otros.



Los Perfiles de Puesto son la base de los principales procesos de Gestión de RRHH

Metodología

El Proceso para diseñar los Puestos y definir los Perfiles de Puesto, se realiza a partir de la estructura orgánica y las funciones del puesto, y para esto se deben revisar los siguientes documentos normativos institucionales:

- ✓ Reglamento de Organización y Funciones (ROF)
- ✓ Manual de Organización y Funciones (MOF)
- ✓ Cuadro para la Asignación de Personal (CAP)
- ✓ Términos de Referencia (TDR)

Para el presente trabajo se contó con los siguientes documentos de gestión:

- Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Gobierno Regional de San Martín, aprobado mediante Ordenanza Regional 003-2013-GRSM/CR.

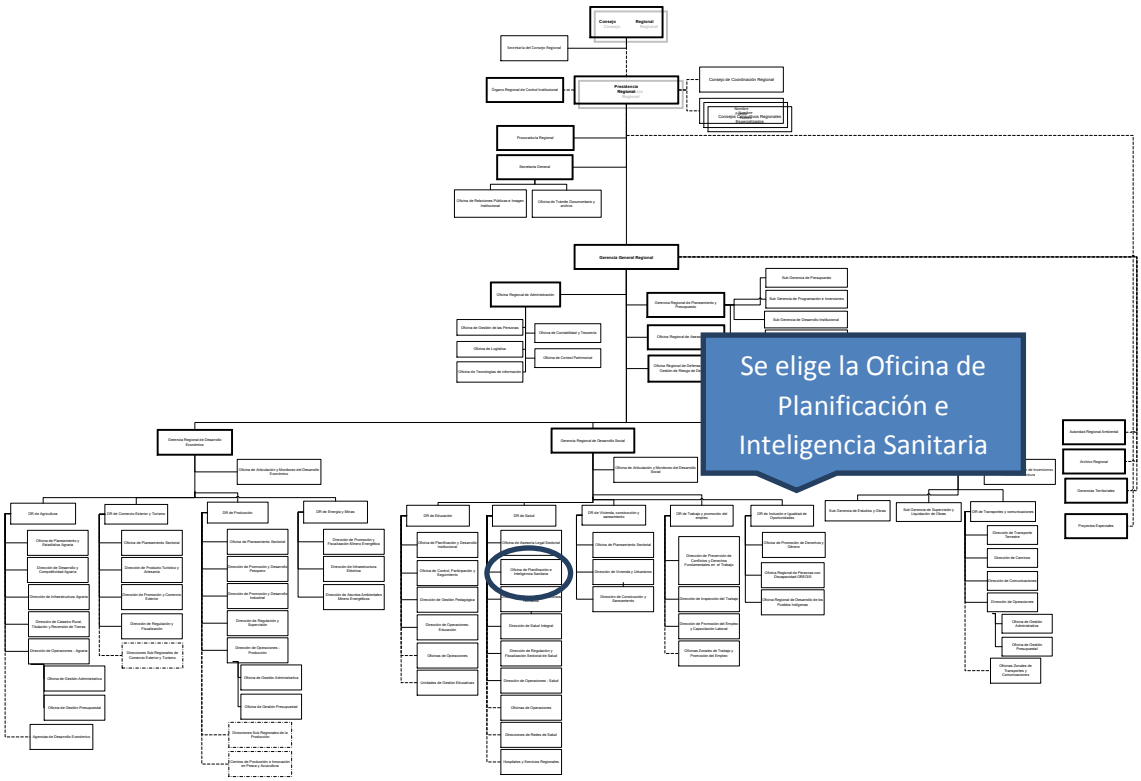
- Cuadro de Asignación de Personal (CAP) del Gobierno Regional de San Martín, aprobado mediante Ordenanza Regional 003-2013-GRSM/CR.

Para la identificación de los puestos y sus funciones no se disponía del Manual de Organización y Funciones (MOF), ni los Términos de Referencia (TDR). Por ello, para la identificación de los puestos y sus funciones se realizó la siguiente metodología:

METODOLOGÍA PARA IDENTIFICACIÓN DE PUESTOS Y FUNCIONES DE PUESTOS

Paso 1.- Se elige la unidad orgánica contemplada en el ROF.

Ejemplo:



Paso 2.- Se ubica la unidad orgánica en el CAP, y se verifica el número de cargos estructurales.

Ejemplo: Se trata de ubicar la Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria en el CAP. En este caso, la Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria aparece dividida en dos unidades orgánicas distintas, sin embargo en términos de seguir con el ejemplo, se escoge una de ellas, la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial, para luego verificar que existen 5 cargos estructurales.

Unidad Orgánica		Cargos según CAP aprobado					Propuesta de Puestos
Según CAP 2013	Según ROF 2013	Cargo estructural	Código	Clasificación	Situación del Cargo	Cargo de Confianza	
Oficina de planificación estratégica sectorial	No hay	Sub Gerente II	45903-1	EC	Ocupado	No	**Jefe**
		Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en presupuesto y financiamiento**
		Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Planeamiento**
		Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en proyectos de inversión**
		Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Organización de servicios de salud**

Paso 3.- Se definen los criterios que orientarán la determinación de puestos y sus funciones: 1) Enfoque de sistemas, 2) Enfoque por procesos, 3) Enfoque por funciones. Una vez definido estos criterios, se identifica qué sistemas, procesos y/o funciones corresponderían a la unidad orgánica elegida.

Ejemplo: Para la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial se identificaron 3 Sistemas, 4 Procesos y 3 Funciones:

CRITERIOS	COMPONENTES
1) **Enfoque de sistemas:** Sistemas Administrativos del Estado que están relacionados con las funciones de la Unidad	• Sistema Nacional de Presupuesto Público • Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico • Sistema Nacional de Inversión Publica
2) **Enfoque por procesos:** Procesos/subprocesos sectoriales en salud que están relacionados con las funciones de la Unidad	• Proceso Financiamiento. Subprocesos: programación y formulación presupuestal, ejecución presupuestal, evaluación presupuestal, contabilidad financiera, presupuestal y de costos, análisis y evaluación financiera, control administrativo y financiero. • Proceso Planeamiento. Subprocesos: diagnostico situacional, planeamiento estratégico, planeamiento operativo, evaluación del planeamiento. • Proceso Inversión en Salud. Subprocesos: programación de inversión, pre inversión, ejecución de inversión, post inversión. • Proceso Organización. Subprocesos: análisis organizacional, diseño organizacional, implementación y mejoramiento continuo.

CRITERIOS	COMPONENTES
3) Enfoque por funciones: Funciones en salud transferidas a los Gobiernos Regionales que están relacionados con las funciones de la Unidad	• b) Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud. • f) Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los gobiernos locales. • l) Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.

Paso 4.- En una tabla se ordenan en el eje vertical las funciones (contenidas en el ROF) de la unidad orgánica y en el eje horizontal los sistemas, procesos y funciones identificadas para dicha unidad orgánica. En el centro se ubican las columnas, donde se va a proponer el nombre y las funciones de los puestos.

Luego, se correlaciona un sistema-proceso-función (eje horizontal) con una o más funciones (contenidas en el ROF) de la unidad orgánica (eje vertical), con la intención de determinar las funciones que corresponden a cada uno de los puestos, teniendo en consideración que el número de puestos debe responder al número de cargos (según en CAP), y el nombre del puesto y la asignación de sus funciones deben responder al nivel de responsabilidad de los cargos (según el Clasificador de Cargos).

Ejemplo: El "Sistema Nacional de Planeamiento estratégico-proceso de planeamiento-Formular y ejecutar el Plan de Desarrollo Regional de Salud" se correlaciona con la función "Dirigir, organizar y ejecutar el planeamiento de la DIRES…", según el número y responsabilidad de los cargos, se determina que debe haber un puesto de Especialista en Planeamiento que "Planifique, organice, coordine y ejecute el proceso de planeamiento…", y a su vez, debe haber un Jefe de Oficina que "Dirija y controle el proceso de planeamiento de la DIRES…", y así sucesivamente se debe ir proponiendo lo demás.

Ver en Anexos: "MATRIZ PARA DEFINIR FUNCIONES PARA CADA UNO DE LOS PUESTOS"

Paso 5.- Finalmente, se obtuvieron los puestos y sus funciones, los mismos que servirán de insumos para el diseño de los perfiles de los puestos.

Ejemplo: Puestos y funciones de los puestos de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial

Jefe de Oficina	Especialista en presupuesto y financiamiento	Especialista en planificación	Especialista en proyectos de inversión	Especialista en Organización de servicios de salud
Planifica, organiza, dirige y controla el proceso de organización, planeamiento, inversiones y la gestión presupuestaria de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y coordina en el nivel regional y sectorial.	Planifica, organiza, coordina y ejecuta el proceso de gestión presupuestaria de la DIRESA.	Planifica, organiza, coordina y ejecuta el proceso de planeamiento en la DIRESA.	Planifica, organiza, coordina y ejecuta el proceso de gestión de la inversión pública en la DIRESA.	Planifica, organiza, coordina y ejecuta el proceso de organización institucional en la DIRESA
Propone e implementa las políticas y estrategias de planificación y gestión presupuestaria para la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y controla su implementación y evaluación, en concordancia con las políticas regionales y sectoriales	Conduce y coordina el proceso de programación y formulación del presupuesto de la DIRESA, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Evalúa el cumplimiento de objetivos y metas, y el logro de resultados, en el corto, mediano y largo plazo.	Conduce el Sistema de Inversión Pública en el sector Salud en el ámbito regional, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Elabora los documentos de gestión organizacionales como el ROF, MOF y CAP, y asiste técnicamente a los órganos desconcentrados.
Dirige la formulación de los planes estratégico, táctico, operativo de la DIRESA, y evalúa su ejecución en sus órganos desconcentrados, en coordinación con el nivel regional y sectorial, y en concordancia con las políticas regionales y sectoriales.	Conduce y coordina el proceso de certificación del crédito presupuestario, el compromiso, el devengado y el pago del gasto público de la DIRESA, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Conduce, organiza y coordina el proceso de formulación de políticas y estrategias de salud en la región, y su implementación y control.	Conduce el proceso de programación, formulación y evaluación del presupuesto multianual y anual de inversión pública de la DIRESA, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Diseña, rediseña y mejora continuamente el proceso de organización institucional.
Dirige la formulación de los planes multianual de inversiones de la DIRESA y evalúa su ejecución en sus órganos desconcentrados, en coordinación con el nivel regional y sectorial, y en concordancia con las políticas regionales y sectoriales.	Evalúa y propone las modificaciones presupuestarias del presupuesto de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Participa y coordina la formulación del Plan de Desarrollo Regional y conduce el proceso en el ámbito del sector salud a nivel regional.	Conduce el proceso de identificación, priorización de proyectos de inversión pública en salud.	Formula y propone los cambios de procesos y procedimientos organizacionales, orientadas a la mejor prestación de servicios.
Propone las prioridades de gasto e inversión de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, en concordancia con los objetivos regionales y sectoriales.	Conduce el proceso de evaluación del gasto del presupuesto de la DIRESA, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Conduce el proceso de formulación de la planificación estratégica, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Propone los criterios técnicos de inversión en salud en el ámbito regional, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Participa y brinda asistencia técnica para el diseño y rediseño de redes de servicios de salud a las personas, salud ambiental y ocupacional.
Gestiona la asignación de recursos y modificaciones presupuestarias, y participa y coordina con el nivel	Conduce, organiza y coordina la programación, formulación, ejecución y evaluación presupuestaria por el presupuesto por	Conduce el proceso de formulación de la planificación operativa, y participa y coordina con el nivel regional y	Emite opinión técnica sobre convenios, contratos, y acuerdos regionales y nacionales que involucren	Participa y brinda asistencia técnica en la elaboración de la cartera de servicios de salud en los servicios de salud de

Jefe de Oficina	Especialista en presupuesto y financiamiento	Especialista en planificación	Especialista en proyectos de inversión	Especialista en Organización de servicios de salud
regional y sectorial	resultados y sus programas presupuestales.	sectorial.	proyectos de inversión pública de salud en el ámbito regional.	la DIRESA.
…	…	…	…	…
…	…	…	…	…

Una vez identificados los puestos y las funciones de los puestos, podemos proceder a realizar el diseño del perfil de los puestos.

ETAPAS DEL PROCESO ANALISIS Y ELABORACIÓN DEL PERFIL DE LOS PUESTOS

El proceso de analizar y elaborar el perfil de los puestos incluye 5 etapas que se mencionan a continuación:

1. Determinación de funciones en la matriz de funciones del puesto de trabajo: Bajo la metodología descrita anteriormente se identificaron los puestos y sus funciones, los cuales se validaron durante el taller regional.

2. Valoración de las funciones del puesto de trabajo: Se colocaron todas las funciones identificadas en la matriz de funciones del puesto y se valoró cada función, de acuerdo a tres condiciones: frecuencia, consecuencias de no aplicación de la actividad o ejecución errada, y complejidad o grado de dificultad para la elaboración de la actividad, y cada una de ellas con 5 alternativas de calificación y puntaje.

Tabla N° 1: Condiciones, calificación y puntaje para valorar las funciones de los puestos

Puntaje	**Frecuencia (F)**	**Consecuencia de no Aplicación de la Actividad o Ejecución Errada**	**Complejidad o Grado de Dificultad en la Ejecución de la Actividad (CM)**
5	Todos los días	Consecuencias muy graves	Máxima complejidad
4	Al menos 1 vez por semana	Consecuencias graves	Alta complejidad
3	Al menos una vez cada quince días	Consecuencias considerables	Complejidad moderada
2	Una vez al mes	Consecuencias menores	Baja complejidad
1	Otro (bimensual, trimestral, semestral)	Consecuencias mínimas	Mínima complejidad

Fuente: SERVIR

La valoración de cada función del puesto resultó de la siguiente fórmula:

TOTAL = CE x CM + F

- **F** (frecuencia)
- **CE** (consecuencia de no aplicación o ejecución errada)
- **CM** (complejidad o grado de dificultad en la ejecución de la actividad)

Para el proceso de valoración de las funciones del puesto se empleó la matriz de funciones del puesto.

Tabla N° 2: Matriz de funciones del puesto

MATRIZ DE FUNCIONES DEL PUESTO					
Nombre del Puesto:…….. Fecha: ….....					
Unidad a la que Pertenece: …… Puesto que reporta: ……					
Puesto que supervisa: …….					
N°	DESCRIBIR LAS FUNCIONES DEL PUESTO	VALORACIÓN DE LAS FUNCIONES			
		F	CE	CM	TOTAL
1					
2					
5					

Fuente: SERVIR

3. Identificación de las funciones esenciales del puesto de trabajo: Después de valorar cada función, se introduce el puntaje por cada condición en cada una de las funciones del puesto y se obtiene un puntaje total por cada una de las funciones del puesto. Una vez hecho esto, se seleccionan las cuatro alternativas que tuvieron mayor puntaje, las cuales vendrían a ser las "funciones esenciales" para el puesto.

4. Identificación de los requisitos para el puesto de trabajo: Luego de obtener las cuatro funciones esenciales por puesto, se procedió a incluir estas funciones en la matriz de funciones esenciales y a identificar los requisitos para el puesto, las destrezas y competencias genéricas.

TABLA N° 3: Matriz de funciones esenciales del puesto

MATRIZ DE FUNCIONES ESENCIALES
Nombre del Puesto:……..
Unidad a la que Pertenece: ……

FUNCIONES ESENCIALES DEL PUESTO	REQUISITOS PARA EL PUESTO			PCD	DESTREZAS REQUERIDAS
	FORMULACIÓN ACADÉMICA	CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS	EXPERIENCIA LABORAL		

Fuente: SERVIR

Adaptaciones realizadas a los formatos de SERVIR

El formato de SERVIR nos permite describir el perfil de puestos administrativos, sin embargo se procedió agregar algunos ítems dentro del formato original; quedando nuestro formato de la siguiente manera:

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto:
I.2 Unidad a la que pertenece:
I.3 Puesto al que reporta:
I.4 Puestos que supervisa:
II. Objetivo del Puesto :
III. Funciones esenciales del Puesto :
Otras funciones del Puesto :

IV. Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
4.2 Coordinaciones Externas	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	( ) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
( ) Título Profesional	( ) Licenciado
( ) Maestría **Obligatoria:** **Deseable:**	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
( ) Cursos **Cursos Obligatorios**: **Cursos deseables**:	( ) Diplomados **Cursos Obligatorios**: **Cursos deseables**:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
( ) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
( ) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	

5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	
Hoja de cálculo	
Presentaciones	
Correo Electrónico	
Otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés :Deseable ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: Obligatorio ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	( ) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
( ) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del título	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
5.3.5 SERUMS	
( ) Sí (cuando corresponda)	( ) No
VI. Destrezas	
VII. Competencias Generales	

Utilidad de los perfiles de puestos

Los perfiles de puestos de cada una de las unidades orgánicas es un instrumento de gestión que permitirá:

a) Orientar la oferta educativa de las Universidades e Institutos, del ámbito de influencia, hacia la creación de programas educativos de formación y desarrollo de personas de acuerdo a las necesidades reales de la institución.

b) Establecer estándares para la definición del perfil de puesto durante el proceso de selección del personal, que permita elegir al personal adecuado de acuerdo a las necesidades reales de la institución.

c) Identificar necesidades de capacitación a través de la evaluación del desempeño, tomando como referencia los requisitos, destrezas y competencias para los puestos de trabajo.

d) Formular el Plan de Desarrollo de las Personas (planes de capacitación) e implementar acciones de capacitación, en base a los resultados de la evaluación del desempeño, que permitan tener personas con los requisitos, destrezas y competencias que el puesto requiere.

Responsabilidades

- La Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos de la Dirección Regional de Salud de San Martín es responsable de la difusión, revisión periódica y aplicación del presente documento técnico en los procesos de gestión y desarrollo de recursos humanos.

- La Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos de la Dirección Regional de Salud de San Martín es responsable de brindar asistencia técnica a todas las unidades orgánicas de la institución en el diseño de perfiles de puestos.

- La Oficina de Planificación Estratégica Sectorial es responsable del uso del presente documento para la actualización de los documentos de gestión que correspondan adecuar.

- Todas las unidades orgánicas son responsables de elaborar y mantener actualizado los perfiles de puestos de su unidad, con la asesoría de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos de la Dirección Regional de Salud.

- La Dirección Regional de Salud es responsable de aprobar los perfiles de puestos que la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos haga llegar a través de un Informe Técnico.

Conclusiones

- El Gobierno Regional de San Martin, en el marco de la Modernización de la Gestión iniciado en el año 2007, se encuentra en una fase de rediseño institucional, implementando una serie de modificaciones estructurales y funcionales tendientes a fortalecer el rol de conducción de las políticas regionales de las Gerencias Regionales y promover intervenciones articuladas entre estas y sus Direcciones Regionales Sectoriales, entre ellas la Dirección Regional de Salud.
- Las Unidades Orgánicas que participaron en la definición de puestos y funciones, así como en el diseño de los perfiles de puestos de trabajo, previamente tuvieron

que determinar y validar las funciones de los puestos, mediante una metodología basada en un enfoque de sistemas y procesos, ya que se carecía de un Manual de Organización y Funciones (MOF) que sirviera de insumo para dichos procesos, realizadas durante el Taller Regional.

- Las funciones que se han definido para cada puesto de trabajo, son insumos para el diseño de los Manuales de Organización y Funciones.
- Hubo una participación activa de los trabajadores de todas las unidades orgánicas intervinientes, mostrando su interés en asumir sus responsabilidades individuales y colectivas, dentro de los roles y la nueva distribución de funciones de la Dirección Regional de Salud y sus órganos desconcentrados.
- Se utilizó la metodología de SERVIR para el diseño del perfil de puestos, adaptándolo a las particularidades del sector salud.
- Se diseñaron y definieron los perfiles de puesto de los grupos ocupaciones directivos y profesionales de las siguientes unidades orgánicas:

UNIDAD ORGÁNICA	PUESTOS CON PERFILES DISEÑADOS
Oficina de Inteligencia Sanitaria (9 PERFILES DE PUESTOS)	1. Jefe de Oficina, 2. Jefe de Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres, 3. Especialista en Vigilancia epidemiológica, 4. Especialista en control de epidemias, emergencias y desastres, 5. Jefe de Unidad de gestión de investigación y análisis e información 6. Especialista en Investigación 7. Especialista en Gestión de la información 8. Especialista en Telecomunicaciones 9. Especialista en Centro de Documentación
Oficina de Planificación Estratégica Sectorial (5 PERFILES DE PUESTOS)	1. Jefe de Oficina 2. Especialista en presupuesto y financiamiento 3. Especialista en planificación 4. Especialista en proyectos de inversión 5. Especialista en Organización y Aseguramiento.
Dirección de Operaciones – Salud (6 PERFILES DE PUESTOS)	1. Director 2. Jefe de Unidad de Recursos 3. Especialista en Gestión Presupuestal 4. Especialista en Soporte Administrativo a Órganos

UNIDAD ORGÁNICA	PUESTOS CON PERFILES DISEÑADOS
	Desconcentrados 5. Especialista en Gestión Logística y Control Patrimonial 6. Especialista en Gestión Administrativa Interna
Oficina de Operaciones – Salud (8 Perfiles de Puesto)	1. Jefe de la Unidad de Gestión Administrativa 1.1. Jefe del Área de Personal 1.2. Jefe del Área de Contabilidad 1.3. Jefe del Área de Tesorería 1.4. Jefe del Área de Logística 1.5. Jefe del Área de Control Patrimonial 2. Jefe de la Unidad de Gestión Presupuestal 2.1. Jefe del Área de Gestión Presupuestaria

- Se brindó asistencia técnica para que los trabajadores puedan diseñar y definir el perfil de los demás unidades orgánicas y completar los puestos faltantes de las unidades orgánicas trabajadas.

Recomendaciones

- Se recomienda que previamente al diseño de los perfiles de puestos, se realicen los respectivos análisis de procesos relacionados con los sistemas que se maneja por cada una de las unidades orgánicas, a fin de definir claramente los responsables de cada uno de los procesos identificados y evitar duplicidad de funciones.
- Se recomienda que los funcionarios de la DIRESA San Martín promuevan la oficialización, mediante acto resolutivo, del contenido del diseño y definición de puestos de trabajo de las unidades orgánicas de la DIRESA y sus órganos desconcentrados.
- Se recomienda que la Dirección de Gestión de Recursos Humanos asuma la responsabilidad de la implementación de esta herramienta de gestión para la articulación y activación de los procesos de los subsistemas de gestión del empleo, gestión del rendimiento y gestión del desarrollo de los recursos humanos, en la DIRESA y sus órganos desconcentrados.

- Se recomienda que los directores o jefes de las unidades realicen el seguimiento continuo de la utilización de esta herramienta para la operación de los procesos de gestión de la incorporación (reclutamiento, selección y contratación), de planificación del rendimiento (estándares de rendimiento), y de aprendizaje individual y colectivo (políticas de formación), en lo que corresponda, en el ámbito de su competencia.
- Se recomienda que todos los trabajadores se empoderen de estas herramientas de gestión, para identificar su puesto, la ubicación, los puestos a los que reporta y supervisa, el objetivo, las funciones, las coordinaciones internas y externas, los requisitos, destrezas y competencias asignadas a su puesto, para la mejora de su desempeño.

Anexos

OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA DE LA DIRESA

ROF DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

Artículo 168.-Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria. La Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria es la unidad orgánica de asesoramiento de la Dirección Regional de Salud responsable brindar Asesoramiento a los diversos órganos de la institución en planificación estratégica y operativa, en análisis de la información de diversos procesos de su competencia y gestión de la investigación. Está encargada de conducir, regular, organizar y mantener los sistemas de planificación, información y notificación epidemiológica; así mismo responsable del sistema de comunicación y centro de documentación técnica; facilitando el acceso a la información a las diferentes instancias públicas y privadas

PROPUESTA DE PUESTOS, SEGÚN EL CAP APROBADO

Unidad Orgánica	Cargos según CAP aprobado					Propuesta de Puestos
Según CAP 2013	Cargo estructural	Código	Clasificación	Situación del Cargo	Cargo de Confianza	
OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA	**Sub Gerente II**	45902	EC	Ocupado	Sí	**Jefe de Oficina**
	Asistente administrativo	45906-5	SP-AP	Previsto	No	Secretaria
Unidad de	**Jefe de Oficina II**	45903-1	SP-DS	Ocupado	No	**Jefe de Unidad**

prevención, control de epidemias, emergencias y desastres	**Especialista Temático**	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Vigilancia epidemiológica**
	Especialista Temático	45905-2	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en control de epidemias, emergencias y desastres**
	Asistente Temático	45905-2	SP-ES	Previsto	No	Asistente de la Unidad
	Asistente administrativo	45906-5	SP-AP	Previsto	No	Secretaria de la Unidad
Unidad de gestión de investigación y análisis e información	**Especialista Temático**	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Jefe de Unidad**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Investigación**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Gestión de la información**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Comunicaciones**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Centro de Documentación**
	Asistente Temático	45905-2	SP-ES	Previsto	No	Asistente de la Unidad
	Asistente Temático	45905-2	SP-ES	Previsto	No	Asistente de la Unidad
	Asistente en Informática	45906-5	SP-AP	Ocupado	No	Apoyo informático de la unidad
	Asistente en Informática	45906-5	SP-AP	Previsto	No	Apoyo informático de la unidad
	Asistente administrativo	45906-5	SP-AP	Previsto	No	Secretaria de la Unidad

MATRIZ PARA DEFINIR FUNCIONES PARA CADA UNO DE LOS PUESTOS DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA –Parte I

PUESTO	Jefe de Oficina	Jefe de la Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres	Especialista en Vigilancia epidemiológica	Especialista en control de epidemias, emergencias y desastres
CARGO	**Sub Gerente II**	**Jefe de Oficina II**	**Especialista Temático**	**Especialista Temático**
FUNCIONES SEGÚN CLASIFICADOR DE CARGOS	**PLANEA, ORGANIZA, DIRIGE, SUPERVISA Y EVALUA**	**PLANEA, ORGANIZA, SUPERVISA Y EVALUA**	**SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA**	**SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA**
SISTEMAS ADMINISTRATIVOS DEL ESTADO	Sistema de gestión del riesgo de desastres Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación tecnológica	Sistema de gestión del riesgo de desastres: Proceso de estimación del riesgo, prevención del riesgo, reducción del riesgo, preparación de la respuesta, respuesta, rehabilitación y reconstrucción.		Sistema de gestión del riesgo de desastres: Proceso de estimación del riesgo, prevención del riesgo, reducción del riesgo, preparación de la respuesta, respuesta, rehabilitación y reconstrucción.
PROCESOS Y SUBPROCESOS SECTORIALES EN SALUD	Proceso Prevención y Control de Epidemias, Emergencias y Desastres Proceso Investigación Proceso Información para la Salud Proceso desarrollo informático	Proceso Prevención y Control de Epidemias, Emergencias y Desastres	Proceso Prevención y Control de Epidemias, Emergencias y Desastres Subprocesos: Investigación para la prevención y control de emergencias, Vigilancia en salud	Proceso Prevención y Control de Epidemias, Emergencias y Desastres. Subprocesos: Planeamiento de prevención y control, Movilización y logística de intervención y control de emergencias
FUNCIONES TRANSFERIDAS EN SALUD	i) + n) + o)	i) Conducir y ejecutar coordina mente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres	i) Conducir y ejecutar coordina mente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres	i) Conducir y ejecutar coordina mente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres
Dirigir, controlar y evaluar los lineamientos, normativas, prioridades para la gestión de la información en salud.	Organiza, dirige y evalúa el sistema de vigilancia epidemiológica en la región dentro del contexto de la vigilancia en salud pública	Realiza acciones de preparación, principalmente en planeamiento, organización y desarrollo de capacidades ante emergencias y desastres, en el ámbito de su competencia	Elabora y difunde el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de San Martín, y coordina y supervisa su elaboración en cada Red de Salud.	Realiza el control de brotes y epidemias de acuerdo a la normatividad vigente, y supervisa su ejecución en las redes de salud

Facilitar el desarrollo de los sistemas de información y telecomunicaciones para el análisis de la información sanitaria.	Dirige y evalúa el sistema de control de brotes y epidemia en la región	Realiza acciones de respuesta ante emergencias y desastres, en coordinación con las unidades orgánicas de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, bajo la conducción de la OFICINA de Defensa Nacional, en el ámbito de su competencia.	Implementa la vigilancia epidemiológica y las Salas de Situación de Salud con posterioridad a desastres naturales y otras emergencias sanitarias.	Realiza acciones de respuesta ante emergencias y desastres, en coordinación con las unidades orgánicas de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, bajo la conducción de la OFICINA de Defensa Nacional, en el ámbito de su competencia.
Dirigir y evaluar las acciones de vigilancia epidemiológica y control de brotes y epidemias en las personas.	Dirige y evalúa el sistema de análisis e información de salud en la región	Planifica, Organiza, coordina y ejecuta el control de brotes y epidemias, a nivel regional	Procesar, analizar y difundir permanentemente información sobre la situación de salud de la región, como soporte para la gestión sanitaria.	Planifica, Organiza, coordina y ejecuta el control de brotes y epidemias, a nivel regional
Realizar y difundir el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de San Martín y monitorear su ejecución en cada Red de Salud.	Representa y coordina el sistema de gestión del riesgo de desastres, en al ámbito de su competencia	Genera conocimiento de los peligros, analiza la vulnerabilidad y establece los niveles de riesgo de emergencias y desastres, en el ámbito de su competencia	Articula y coordina los sistemas de información necesarios para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica	Participa y coordina la formulación del Plan de Gestión del riesgo de desastres, en el ámbito de su competencia.
Asesorar en la identificación de necesidades y prioridades de investigación y Supervisar el proceso de gestión de la Investigación en Salud en la Dirección Regional de Salud Redes, Micro redes y Hospitales.	Propone los lineamientos de política, estrategias y normativas de inteligencia sanitaria en la región, y asesora su implementación	Coordina con otros órganos, entidades, organismos y sectores el mecanismo de respuesta ante epidemias y otras emergencias sanitarias.	Procesa, analiza y difunde permanentemente información sobre la situación epidemiológica y los determinantes de enfermedades y otros eventos sujetos a vigilancia epidemiológica	Realiza acciones para reducir los peligros, vulnerabilidades y riesgos existentes en el ámbito de su competencia
Difundir información y resultados de investigaciones en salud para la gestión de los procesos sectoriales e institucionales.	Dirige y evalúa el sistema de gestión de la investigación en la región	Realiza el control de brotes y epidemias de acuerdo a la normatividad vigente, y supervisa su ejecución en las redes de salud	Detecta oportunamente la ocurrencia de brotes epidémicos e incremento de riesgos para la salud de las personas, y tomar acciones para su prevención y control.	Genera conocimiento de los peligros, analiza la vulnerabilidad y establece los niveles de riesgo de emergencias y desastres, en el ámbito de su competencia
Conducir, regular y autorizar la ejecución del Plan de Comunicación e información y organizar el Centro de Documentación.	Asesora, participa de manera concertada en la formulación de las prioridades regionales de salud	Realiza acciones para reducir los peligros, vulnerabilidades y riesgos existentes en el ámbito de su competencia	Identifica y define situaciones de emergencias sanitarias, determinar la magnitud de la contingencia y coordinar la respuesta según niveles de complejidad, informando a la Alta Dirección.	Realiza acciones de preparación, principalmente en planeamiento, organización y desarrollo de capacidades ante emergencias y desastres, en el ámbito de su competencia

Otras funciones que le sean asignadas por el Director Regional de Salud en el marco de sus competencias.	Participa en la propuesta de metodología sectorial de análisis y planeamiento estratégico	Realiza acciones que se orientan a evitar la generación de nuevos riesgos a la vida y la salud de la población, y coordina con las entidades públicas y privadas y la ciudadanía, en el ámbito de su competencia	Planifica, Organiza, coordina y ejecuta las acciones de vigilancia epidemiológica	Coordina con otros órganos, entidades, organismos y sectores el mecanismo de respuesta ante epidemias y otras emergencias sanitarias.
	Participa , asesora a las diferentes estructuras de la Dirección de Salud en la formulación de propuestas de modelos normativos	Participa y coordina la formulación del Plan de Gestión del riesgo de desastres, en el ámbito de su competencia.	Implementa el sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud publica	Realiza acciones que se orientan a evitar la generación de nuevos riesgos a la vida y la salud de la población, y coordina con las entidades públicas y privadas y la ciudadanía, en el ámbito de su competencia
	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	Monitorear y evaluar los procesos del Análisis de Situación de Salud en el ámbito regional, para su optimización.	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
			Monitorea y evalúa los procesos de vigilancia epidemiológica en salud publica	
			Evalúa el riesgo potencial epidémico después de los desastres naturales y en emergencias sanitarias.	
			Norma y conduce el sistema de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria.	
			Coordina las acciones de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública	
			Propone e implementa las normas de vigilancia epidemiologia en salud pública para la estandarización de procesos en el ámbito regional.	
			Brinda asistencia técnica para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica.	

			Vela por el cumplimiento de normas y acuerdos de la vigilancia sanitaria internacional, establecidos en el reglamento sanitario internacional y otros acuerdos de salud.	
			Brindar asistencia técnica para el desarrollo de Análisis de Situación de Salud en el ámbito regional y local.	
			Articular los diferentes Sistemas de Información Sanitaria, que facilite información integral para una eficiente gestión sanitaria.	
			Identificar necesidades de investigación epidemiológica aplicada basados en la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública y el análisis de situación de Salud.	
			Diseñar y optimizar metodologías y herramientas para el análisis de situación de salud para la determinación de prioridades sanitarias, como base del planeamiento estratégico en salud.	
			Proponer e implementar las normas de Análisis de Situación de Salud para el desarrollo de los procesos en el ámbito regional	
			Sistematizar, revisar y actualizar de manera permanente el estado de las intervenciones en salud determinadas por las Estrategias Sanitarias	
			Conducir y desarrollar investigaciones epidemiológicas aplicadas para la generación de evidencias en Salud Pública que permitan la gestión sanitaria eficiente.	

			Promover la investigación epidemiológica aplicada y brindar asistencia técnica a las Direcciones Regionales de Salud para su ejecución.	
			Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	

MATRIZ PARA DEFINIR FUNCIONES PARA CADA UNO DE LOS PUESTOS DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA –Parte II

PUESTO	Jefe de la Unidad de gestión de investigación y análisis e información	Especialista en Investigación	Especialista en Gestión de la información	Especialista en Telecomunicaciones	Especialista en Centro de Documentación
CARGO	Especialista Temático	Especialista Temático	Especialista Temático	Especialista Temático	Especialista Temático
FUNCIONES SEGÚN CLASIFICADOR DE CARGOS	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA
SISTEMAS ADMINISTRATIVOS DEL ESTADO	Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación tecnológica SINACYT- Sistema Nacional de Investigación en Salud-INS: Proceso de Investigación para la salud.	Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación tecnológica SINACYT- Sistema Nacional de Investigación en Salud-INS. Proceso de investigación para la salud: Subproceso de Promoción y difusión de la investigación, gestión técnico administrativa de la investigación, y gestión de la transferencia tecnológica e innovación tecnológica.			
PROCESOS Y SUBPROCESOS SECTORIALES EN SALUD	Proceso Investigación Proceso Información para la Salud Proceso desarrollo informático	Proceso Investigación para la Salud. Subprocesos: promoción, desarrollo técnico administrativo y difusión de la investigación	Proceso Información para la Salud. Subprocesos: Programación de atención de información, producción de información analítica para la salud, Interpretación de información de salud, difusión de información de salud. Proceso desarrollo informático. Subprocesos: Investigación de tecnologías de información,	Proceso Información para la Salud. Subprocesos: Programación de atención de información, producción de información analítica para la salud, Interpretación de información de salud, difusión de información de salud. Proceso desarrollo informático. Subprocesos: Investigación de tecnologías de información,	

			proyectos de tecnología de información, diseño de arquitectura de sistemas, desarrollo de sistemas	proyectos de tecnología de información, diseño de arquitectura de sistemas, desarrollo de sistemas	
FUNCIONES TRANSFERIDAS EN SALUD	n) + o)	n) Promover la formación, capacitación y el desarrollo de RR.HH. y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.	o) Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria (funcionamiento de la red de vigilancia y prevención y control de epidemias, emergencias y desastres; y de investigación en salud)		
FUNCIONES DE LA UO SEGÚN ROF	Funciones propuestas:	Funciones propuestas:	Funciones propuestas:	Funciones propuestas:	Funciones propuestas:
Dirigir, controlar y evaluar los lineamientos, normativas, prioridades para la gestión de la información en salud.	Planifica, supervisa y evalúa la elaboración, implementación y evaluación de lineamientos, normativas y prioridades para la gestión de la información	Coordina, evalúa y monitoriza el flujo administrativo de las investigaciones (informes, memorias, requerimientos logísticos, transferencias presupuestales, convenios, personal, etc.).	Provee el soporte de recursos tecnológicos a los sistemas de salud institucionales.	Organiza, coordina, propone, desarrolla, brinda soporte técnico y mantiene la plataforma tecnológica de los sistemas de información, telecomunicaciones y telemática de salud en el ámbito regional, en el marco de las políticas, recomendaciones, normas y estándares nacionales y regionales.	Administración de los servidores y centrales de datos a nivel regional
Facilitar el desarrollo de los sistemas de información y telecomunicaciones para el análisis de la información sanitaria.	Planifica, supervisa y evalúa el desarrollo de los sistemas de información y telecomunicaciones para el análisis de la información	Generación de planes y proyectos de Investigación con énfasis en los problemas prioritarios y prioridades de investigación en salud en el marco de la	Administra y difunde la información estadística de salud para la toma de decisiones a todo el sector salud a nivel regional.	Conduce y ejecuta el análisis de situación de telecomunicaciones en salud para la toma de decisiones	Controlar la calidad, ordenar, clasificar, consolidar, procesar y almacenar la información de salud en la región a través de un plan de resguardo de

	sanitaria	descentralización.			información electrónica
Dirigir y evaluar las acciones de vigilancia epidemiológica y control de brotes y epidemias en las personas.	Desarrolla la transferencia tecnología e innovación tecnológica, de acuerdo con las necesidades regionales.	Formula e implementa aspectos normativos en materia de investigación en salud a nivel regional.	Planifica, Organiza, coordina y ejecuta el sistema de información y telecomunicaciones para el análisis de la información de salud.	Regula, supervisa y evalúa las acciones de telecomunicaciones regionales	Difundir, adecuar, cumplir y controlar la aplicación de la normativa nacional y regional de salud en su ámbito de las redes, micro redes y eess
Realizar y difundir el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de San Martín y monitorear su ejecución en cada Red de Salud.	Difunde los resultados de las investigaciones y realiza la transferencia tecnológica cuando corresponda.	Difunde a las instituciones académicas, centros de investigación e investigadores particulares, las normas y procedimientos que regulan la investigación en salud en especial la referida a ensayos con seres humanos.	Conduce el proceso de planeamiento estratégico y operativo de tecnologías de información y comunicaciones en el ámbito institucional, y su integración en el ámbito regional.	Diseña y propone los lineamientos, políticas y normas de telecomunicaciones en salud, y asesora y ejecuta su implementación	Gestión de soporte técnico en ordenadores y servidores
Asesorar en la identificación de necesidades y prioridades de investigación y Supervisar el proceso de gestión de la Investigación en Salud en la Dirección Regional de Salud Redes, Micro redes y Hospitales.	Fomenta y estimula el desarrollo de la investigación y la producción científica en la región; dentro del marco de las políticas y líneas prioritarias de investigación en salud.	Utiliza los resultados de las investigaciones en la formulación de políticas regionales en salud.	Ejecuta el plan estratégico y operativo de tecnología de información y comunicaciones en el ámbito institucional.	Administra la página web	DISEÑAR METODOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINITRATIVOS USANDO TECNOLOGIAS DE INFORMACION
Difundir información y resultados de investigaciones en salud para la gestión de los procesos sectoriales e institucionales.	Identifica y evalúa las tecnologías nuevas o desarrolladas, de potencial uso en la región.	Diseña e implementa modelos para la supervisión y monitoreo local de las investigaciones que se encuentren registradas y en proceso en su ámbito.	Evalúa y propone mejoras en los Sistemas de Información institucionales. Coordinación con Nivel Central.	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	PLANIFICAR, PRESUPUESTAR Y EJECUTAR LA GESTION INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FISICOS Y LOS SISTEMAS LOSGISTICOS EN SU AMBITO DE SU COMPETENCIA, ASIGNADO EN CUSTODIA SU USO, IDENTIFICANDO SUS REQUERIMIENTOS Y ESPECIFICACIONES TECNICAS, PROGRMANDO SU DISTRIBUCION Y

					MANTENIMIENTO; ASI COMO EMITIR OPONION TECNICA EN ALTAS, BAJAS Y ENAJENACIONES DE SUS ACTIVOS FIJOS, EN COORDINACION CON LA OFICNA DE ADMINISTRACION
Conducir, regular y autorizar la ejecución del Plan de Comunicación e información y organizar el Centro de Documentación.	Coordina con el gobierno regional, la creación y desarrollo de fondos concursable para investigaciones en temas prioritarios de salud.	Establece la política y lineamientos de la transferencia tecnológica para la región.	Planifica, Organiza, coordina y ejecuta lineamientos, políticas, estrategias y normativas para la gestión de la información, principalmente en generación o recopilación, análisis y difusión de la información de salud.		Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
Otras funciones que le sean asignadas por el Director Regional de Salud en el marco de sus competencias.	Autoriza el desarrollo de las investigaciones que se lleven a cabo en la región, manteniendo un registro de las mismas.	Desarrolla procesos para la identificación de necesidades y oportunidades, actuales y futuras de transferencia e innovación tecnológica regional y local.	Propone estándares de datos, ciclos y flujos de información en el ámbito del sector salud en la región		
	Promueve y vigila la estricta observancia a los códigos internacionales de ética científica y humana en la investigación en salud.	Realiza el registro, la inspección de ejecución y seguimiento de ensayos clínicos de acuerdo con los reglamentos establecidos.	Propone las normas, metodologías y procedimientos inherentes a las estadísticas de salud, tecnologías de información y comunicaciones en el ámbito del sector salud en la región		
	Promueve las buenas prácticas clínicas en investigación.	Difusión de las prioridades y políticas de investigación en salud tanto nacional como regional.	Diseña, rediseña y mejora continuamente el proceso de información para la salud y el proceso de desarrollo informático.		
	Evalúa los resultados de las investigaciones.	Asesora la elaboración perfiles, diseño y ejecución de proyectos.	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior		
	Motivación para el desarrollo	Vigila el desarrollo de las investigaciones, garantizando el			

	de investigación.	respeto a los códigos de ética en investigación.			
	Vigila la adecuada la realización de ensayos clínicos dentro del ámbito regional de acuerdo con las normas nacionales e internacionales de ética y buenas prácticas clínicas en investigación	Realiza el registro, monitoreo y seguimiento de eventos adversos serios y de seguridad de productos.			
	Planifica, supervisa y evalúa la ejecución del Plan de Comunicación e Información Organiza el centro de Documentación	Incentiva los proyectos de investigación de desarrollo tecnológico o innovación tecnológica que generen productos, procesos y servicios innovadores, así como aquellos que generen una patente, registros u otro tipo de innovación que contribuyan al bienestar colectivo y la aplicación de nuevos conocimientos.			
	Coordina intra y extra sectorialmente o con cooperantes externos, el apoyo y/o financiamiento del desarrollo de investigaciones en salud.	Asesora en la elaboración y evaluación de tecnologías sanitarias			
	Concerta con las instituciones académicas, el desarrollo de investigaciones participativas en temas de investigación en salud de interés regional.	Promueve la publicación de los resultados de las investigaciones			
	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato	Fomenta la conformación y desarrollo de redes de			

	superior	investigación regional.			
		Mantiene actualizados los documentos normativos para el desarrollo adecuado de las investigaciones que se realicen el ámbito regional.			
		Coordina con el comité de Investigación y ética en investigación, sobre el trámite y aprobación de los protocolos de investigación.			
		Evalúa los informes técnicos y financieros de los proyectos de investigación de acuerdo con las disposiciones que establezca la institución.			
		Promueve y fomenta la incorporación de personal altamente capacitado en las áreas priorizadas			
		Mantiene actualizado el registro de proyectos de investigación e investigadores.			
		Gestionar y organizar fondo intangible, con recursos del estado y otros cooperantes, para el desarrollo de investigaciones en salud.			
		Promueve el desarrollo de fondos concursable en investigación en salud.			

		Evaluación y del desarrollo de competencias del recurso humano en investigación a nivel institucional y regional DIRESA.			
		Incentiva a los profesionales de la salud institucional o extra institucional, la presentación de protocolos de investigación.			
		Mantiene actualizado la cartera de proyectos de investigación.			
		Promueve un entorno político, social y legal favorable para la sostenibilidad de los procesos transferidos.			
		Realiza la revisión sistemática de la evidencia existente asegurando el rigor científico y la calidad de los conocimientos o tecnologías que se transfieren.			
		Establece mecanismos formales de coordinación, que fomenten y coadyuven a la producción de investigaciones.			
		Participara o designara a una persona para que actué como secretario técnico en cada uno de los comités.			
		Evalúa, aprueba y controla los protocolos de investigación en salud financiados por el fondo concursable en el ámbito de su región.			

		Promueve acuerdos, contratos o convenios de cooperación con los gobiernos regionales y otras instituciones, para la sostenibilidad de la Transferencia Tecnológica			
		Aplica y supervisa el cumplimiento de los reglamentos y normas en transferencia tecnológica			
		Hace respetar el derecho de autor de los conocimientos transferidos			
		Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior			

Perfil de Puestos del Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria

Solo se trabajaron los 9 perfiles de los puestos que están en los casilleros coloreados

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria
I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de Inteligencia Sanitaria
I.3 Puesto al que reporta :
Director de la Dirección Regional de Salud
I.4 Puestos que supervisa :
Jefe de Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres, y Jefe de Unidad de gestión de investigación y análisis e información
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de inteligencia sanitaria
III. Funciones esenciales del Puesto :
Organiza, dirige y evalúa el sistema de vigilancia epidemiológica en la región dentro del contexto de la vigilancia en salud pública
Dirige y evalúa el sistema de control de brotes y epidemia en la región
Dirige y evalúa el sistema de análisis e información de salud en la región
Representa y coordina el sistema de gestión del riesgo de desastres, en al ámbito de su competencia
Otras funciones del Puesto :
Propone los lineamientos de política, estrategias y normativas de inteligencia sanitaria en la región, y asesora su implementación
Dirige y evalúa el sistema de gestión de la investigación en la región
Asesora, participa de manera concertada en la formulación de las prioridades regionales de salud
Participa en la propuesta de metodología sectorial de análisis y planeamiento estratégico
Participa , asesora a las diferentes estructuras de la Dirección de Salud en la formulación de propuestas de modelos normativos
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :

4.1 Coordinaciones Internas	
Dirección General	
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud	
4.2 Coordinaciones Externas	
Redes de Salud y Hospitales	
Gobierno Regional	
Dirección General de Epidemiología del MINSA	
Oficina General de Estadística e Informática del MINSA	
Oficina General de Defensa Nacional del MINSA	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	(X) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la Salud	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
(X) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Salud Pública, Gerencia de Servicios de Salud, Epidemiología	Obligatorio: Epidemiología
Deseable: Ofimática (Nivel básico), Paquete estadístico SPSS (Nivel básico)	Deseable: Investigación en salud
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: Salud Pública, Gerencia de Servicios de Salud	Obligatorio:
Deseable: Epidemiología	Deseable:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	

(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistema de Vigilancia Epidemiológica: Nivel Intermedio (2) Gestión de Riesgos y Desastres: Nivel: Intermedio (3) Investigación en Salud: Nivel Básico (4) Normativa Nacional en Salud: Nivel Básico (5) Informática: Nivel Básico	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
Paquetes informáticos	Nivel Básico
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	(X) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	(X) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
5 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
3 años	

5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano
3 años
VI. Destrezas
P: (22) trabajo en equipo d: (48) organización de sistemas, (7) aprendizaje activo c: (30) análisis de operaciones, (32) selección de equipos
VII. Competencias Generales (opcional)
(1) capacidad de organización y planificación (2) trabajo en equipo (3) solución de problemas (4) compromiso ético (5) respeto por la vida, las personas y el ambiente

Perfil del Puesto de la Secretaria de la Oficina de Inteligencia Sanitaria

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Secretaria
I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de inteligencia sanitaria
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Oficina de inteligencia sanitaria
I.4 Puestos que supervisa :
Ninguno
II . Objetivo del puesto :
Asiste el trabajo de Planificación, organización, dirección y control del funcionamiento del sistema de inteligencia sanitaria
III. Funciones esenciales del Puesto :
Redactar documentos de acuerdo a funciones específicas
Recepciona, clasifica, registra, distribuye y archiva la documentación de la oficina.
Analiza y gestiona la documentación ingresada por parte del usuario.
Prepara y ordena la documentación para reuniones y/o conferencias.
Otras funciones del Puesto :

Asiste a los funcionarios de la oficina con relación a los documentos y solicitud de requerimiento de la información.
Prepara el despacho de la documentación con los antecedentes necesarios
Vela la seguridad y conservación de los documentos y manejo logístico de la oficina.
Orienta al público en general sobre gestiones a realizar y el estado situacional de los documentos.
Otras funciones que le asigne el Jefe inmediato.
Mantiene y actualiza el inventario patrimonial del área y/o oficina.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Inteligencia Sanitara
Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
Unidad de gestión de investigación y análisis e información
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Ninguna
V. Requisitos :

5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	( ) Universitario completo
(X) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Secretariado Ejecutivo	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	(x) Título Técnico
( ) Bachiller	( ) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	( ) Diplomados
Obligatorio: ofimática, archivo documentario, relaciones publicas	Obligatorio: -

Deseable:	Deseable:
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: -	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
( ) Sí	(x) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
( ) Sí	(x) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1)computación e informática Intermedio) (2) ingles :(Básico) (3)conocimiento en el sistema documentario Nivel (INTERMEDIO) (4)conocimiento en sistema logístico Nivel (Básico) (5)conocimiento web: Nivel(intermedio)	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: Básico ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	( ) Jefe de Área
(X) Asistente	( ) Jefe de Oficina
( ) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director

(X) Secretario	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del Título Técnico	
03 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
02 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
01 año	
VI. Destrezas	
P: escucha activa, (22) trabajo en equipo d: pensamiento crítico, (13) organización de la información c: (38) inspección de producto	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) compromiso ético (2) trabajo en equipo (3) flexibilidad y adaptación (4)solución de problemas (5) comunicación en base a interculturalidad	

Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de la Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria
I.4 Puestos que supervisa :
Especialista en vigilancia epidemiológica, especialista en control de epidemias, emergencias y desastres
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento de la unidad de prevención y control de epidemias, emergencias y desastres de la institución

III. Funciones esenciales del Puesto :
Realiza acciones de preparación, principalmente en planeamiento, organización y desarrollo de capacidades ante emergencias y desastres, en el ámbito de su competencia
Realiza acciones de respuesta ante emergencias y desastres, en coordinación con las unidades orgánicas de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, bajo la conducción de la OFICINA de Defensa Nacional, en el ámbito de su competencia.
Planifica, Organiza, coordina y ejecuta el control de brotes y epidemias, a nivel regional
Genera conocimiento de los peligros, analiza la vulnerabilidad y establece los niveles de riesgo de emergencias y desastres, en el ámbito de su competencia
Otras funciones del Puesto :
Coordina con otros órganos, entidades, organismos y sectores el mecanismo de respuesta ante epidemias y otras emergencias sanitarias.
Realiza el control de brotes y epidemias de acuerdo a la normatividad vigente, y supervisa su ejecución en las redes de salud
Realiza acciones para reducir los peligros, vulnerabilidades y riesgos existentes en el ámbito de su competencia
Realiza acciones que se orientan a evitar la generación de nuevos riesgos a la vida y la salud de la población, y coordina con las entidades públicas y privadas y la ciudadanía, en el ámbito de su competencia
Participa y coordina la formulación del Plan de Gestión del riesgo de desastres, en el ámbito de su competencia.
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Inteligencia Sanitaria
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Redes de Salud y Hospitales
Gobierno Regional
Dirección General de Epidemiología del MINSA
Oficina General de Estadística e Informática del MINSA
Oficina General de Defensa Nacional del MINSA
V. Requisitos :
5.1 Formación Académica

( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la salud, Ingeniería y administración en salud	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Control de brotes y epidemias, Control de emergencias y desastres, Ofimática (Nivel Intermedio), Paquetes estadísticos (Nivel Intermedio)	Obligatorio: Epidemiología, Gestión del riesgo de desastres
Deseable: Ofimática (Nivel avanzado), Paquetes estadísticos (Nivel avanzado)	Deseable: -
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Epidemiologia, Salud Pública	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistema de vigilancia y control de epidemias: Nivel Intermedio (2) Gestión del riesgo de desastres: Nivel Intermedio (3) Código Sanitario Internacional: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel intermedio

Hoja de cálculo	Nivel intermedio
Presentaciones	Nivel intermedio
Correo Electrónico	Nivel intermedio
Paquetes informáticos	Nivel intermedio
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
(X) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
5 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
3 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
VI. Destrezas	
P: Trabajo en equipo D: Pensamiento analítico C: Selección de equipos	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) Compromiso ético (2) Trabajo en equipo (3) Capacidad de organización y planificación. (4) Solución de problemas.	

Perfil del Puesto de Especialista en vigilancia epidemiológica

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en vigilancia epidemiológica
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
I.4 Puestos que supervisa :
Asistente de la Unidad, Apoyo informático de la Unidad
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica
III. Funciones esenciales del Puesto :
Elabora y difunde el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de San Martín, y coordina y supervisa su elaboración en cada Red de Salud.
Implementa la vigilancia epidemiológica y las Salas de Situación de Salud con posterioridad a desastres naturales y otras emergencias sanitarias.
Procesa, analiza y difunde permanentemente información sobre la situación de salud de la región, como soporte para la gestión sanitaria.
Articula y coordina los sistemas de información necesarios para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica
Otras funciones del Puesto :
Procesa, analiza y difunde permanentemente información sobre la situación epidemiológica y los determinantes de enfermedades y otros eventos sujetos a vigilancia epidemiológica
Detecta oportunamente la ocurrencia de brotes epidémicos e incremento de riesgos para la salud de las personas, y tomar acciones para su prevención y control.
Identifica y define situaciones de emergencias sanitarias, determinar la magnitud de la contingencia y coordinar la respuesta según niveles de complejidad, informando a la Alta Dirección.
Planifica, Organiza, coordina y ejecuta las acciones de vigilancia epidemiológica
Implementa el sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud publica
Monitorear y evaluar los procesos del Análisis de Situación de Salud en el ámbito regional, para su optimización.

Monitorea y evalúa los procesos de vigilancia epidemiológica en salud publica
Evalúa el riesgo potencial epidémico después de los desastres naturales y en emergencias sanitarias.
Norma y conduce el sistema de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria.
Coordina las acciones de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública
Propone e implementa las normas de vigilancia epidemiologia en salud pública para la estandarización de procesos en el ámbito regional.
Brinda asistencia técnica para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica.
Vela por el cumplimiento de normas y acuerdos de la vigilancia sanitaria internacional, establecidos en el reglamento sanitario internacional y otros acuerdos de salud.
Brindar asistencia técnica para el desarrollo de Análisis de Situación de Salud en el ámbito regional y local.
Articular los diferentes Sistemas de Información Sanitaria, que facilite información integral para una eficiente gestión sanitaria.
Identificar necesidades de investigación epidemiológica aplicada basados en la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública y el análisis de situación de Salud.
Diseñar y optimizar metodologías y herramientas para el análisis de situación de salud para la determinación de prioridades sanitarias, como base del planeamiento estratégico en salud.
Proponer e implementar las normas de Análisis de Situación de Salud para el desarrollo de los procesos en el ámbito regional
Sistematizar, revisar y actualizar de manera permanente el estado de las intervenciones en salud determinadas por las Estrategias Sanitarias
Conducir y desarrollar investigaciones epidemiológicas aplicadas para la generación de evidencias en Salud Pública que permitan la gestión sanitaria eficiente.
Promover la investigación epidemiológica aplicada y brindar asistencia técnica a las Direcciones Regionales de Salud para su ejecución.
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de inteligencia sanitaria
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Redes de Salud y Hospitales
Gobierno Regional
Dirección General de Epidemiología del MINSA

V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la Salud	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Epidemiología, Investigación en Salud	Obligatorio: Epidemiología
Deseable: Estadística en Salud	Deseable: Investigación en Salud
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Epidemiología	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Epidemiología: Nivel Intermedio (2) Estadística : nivel Intermedio (3) Herramientas Epidemiológicas: nivel Intermedio (4) Ofimática, paquete estadístico SPSS, Arc GIS página web: nivel (Básico) (5) Metodología de la investigación científica; Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio

Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SPSS, Arc GIS)
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
VI. Destrezas	
P: 22 Trabajo en equipo D: 13 Organización de la información C: 30 Análisis de operaciones	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1)trabajo en equipo (2) capacidad de organización y planificación (3) solución de problemas (4) compromiso ético (5) respeto por la vida de las personas y el ambiente	

Perfil del Puesto del Especialista en control de epidemias, emergencias y desastres

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en control de epidemias, emergencias y desastres
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
I.4 Puestos que supervisa :
Asistente de la Unidad, Apoyo informático de la Unidad
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de prevención, control de epidemias, emergencias y desastres
III. Funciones esenciales del Puesto :
Realiza el control de brotes y epidemias de acuerdo a la normatividad vigente, y supervisa su ejecución en las redes de salud
Realiza acciones de respuesta ante emergencias y desastres, en coordinación con las unidades orgánicas de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, bajo la conducción de la OFICINA de Defensa Nacional, en el ámbito de su competencia.
Planifica, Organiza, coordina y ejecuta el control de brotes y epidemias, a nivel regional
Participa y coordina la formulación del Plan de Gestión del riesgo de desastres, en el ámbito de su competencia.
Otras funciones del Puesto :
Realiza acciones para reducir los peligros, vulnerabilidades y riesgos existentes en el ámbito de su competencia
Genera conocimiento de los peligros, analiza la vulnerabilidad y establece los niveles de riesgo de emergencias y desastres, en el ámbito de su competencia
Realiza acciones de preparación, principalmente en planeamiento, organización y desarrollo de capacidades ante emergencias y desastres, en el ámbito de su competencia
Coordina con otros órganos, entidades, organismos y sectores el mecanismo de respuesta ante epidemias y otras emergencias sanitarias.
Realiza acciones que se orientan a evitar la generación de nuevos riesgos a la vida y la salud de la población, y coordina con las entidades públicas y privadas y la ciudadanía, en el ámbito de su competencia

Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Oficina de inteligencia sanitaria	
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud	
4.2 Coordinaciones Externas	
Redes de Salud y Hospitales	
Gobierno Regional	
Dirección General de Epidemiología del MINSA	
Oficina General de Defensa Nacional del MINSA	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la salud, Ingeniería sanitaria	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Epidemiología, gestión del riesgos de desastres	Obligatorio: Epidemiología, gestión del riesgos de desastres
Deseable: salud publica	Deseable: -
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio:
Deseable: Epidemiologia	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	

(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) normas del sistemas de gestión de riesgo y desastre: Nivel (Intermedio) (2) estimación del riesgo: Nivel (Intermedio) (3) control de brotes y epidemias : Nivel (Intermedio)	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
03 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
02 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	

01 año
VI. Destrezas
P: trabajo en equipo/asertividad /firmeza D: pensamiento analítico/organización de sistemas C: selección de equipos
VII. Competencias Generales (opcional)
(1) ética (2) trabajo en equipo (3) Solución de problemas (4) capacidad de organización y planificación

Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de gestión de investigación y análisis e información

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de la Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria
I.4 Puestos que supervisa :
Especialista en Investigación, especialista en gestión de la información, especialista en Telecomunicaciones, especialista en centro de documentación
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema investigación y análisis e información
III. Funciones esenciales del Puesto :
Planifica, supervisa y evalúa la elaboración, implementación y evaluación de lineamientos, normativas y prioridades para la gestión de la información
Planifica, supervisa y evalúa el desarrollo de los sistemas de información y telecomunicaciones para el análisis de la información sanitaria
Desarrolla la transferencia tecnología e innovación tecnológica, de acuerdo con las necesidades regionales.

Difunde los resultados de las investigaciones y realiza la transferencia tecnológica cuando corresponda.
Otras funciones del Puesto :
Fomenta y estimula el desarrollo de la investigación y la producción científica en la región; dentro del marco de las políticas y líneas prioritarias de investigación en salud.
Identifica y evalúa las tecnologías nuevas o desarrolladas, de potencial uso en la región.
Coordina con el gobierno regional, la creación y desarrollo de fondos concursable para investigaciones en temas prioritarios de salud.
Autoriza el desarrollo de las investigaciones que se lleven a cabo en la región, manteniendo un registro de las mismas.
Promueve y vigila la estricta observancia a los códigos internacionales de ética científica y humana en la investigación en salud.
Promueve las buenas prácticas clínicas en investigación.
Evalúa los resultados de las investigaciones.
Motivación para el desarrollo de investigación.
Vigila la adecuada la realización de ensayos clínicos dentro del ámbito regional de acuerdo con las normas nacionales e internacionales de ética y buenas prácticas clínicas en investigación
Planifica, supervisa y evalúa la ejecución del Plan de Comunicación e Información Organiza el centro de Documentación
Coordina intra y extra sectorialmente o con cooperantes externos, el apoyo y/o financiamiento del desarrollo de investigaciones en salud.
Concerta con las instituciones académicas, el desarrollo de investigaciones participativas en temas de investigación en salud de interés regional.
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Inteligencia Sanitaria
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Redes de Salud y Hospitales
Gobierno Regional
Universidades e Institutos
Oficina General de Estadística e Informática del MINSA

Instituto Nacional de Salud	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la salud, Ciencias administrativas, Ingeniería industrial, organizacional, administrativa y de sistemas.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	( ) Título Profesional
(X) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Gestión de Sistemas de Información, Ofimática (Nivel Intermedio)	Obligatorio: Gestión de Sistemas y Tecnologías de Información
Deseable: Gestión de Tecnologías de Información	Deseable: Gestión de la Investigación e Innovación
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: Sistemas y tecnologías de la información en Salud	Obligatorio: -
Deseable: Epidemiología	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistemas de gestión de la información y tecnologías: Nivel Intermedio (2) Gestión de la Investigación en salud: Nivel Intermedio (3) Estadística en salud: Nivel Intermedio	

5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
(X) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
5 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
3 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
VI. Destrezas	
P: escucha activa, persuasión, negociación, instrucción D: Destrezas matemáticas y científicas, evaluación de sistemas organizacionales, organización de la información C: Análisis de operaciones, diseño de tecnología	
VII. Competencias Generales (opcional)	

(1) respeto por la vida, las personas y el ambiente (2) trabajo en equipo (3) capacidad de organización y planificación (4) solución de problemas (5) comunicación en base a interculturalidad

Perfil del Puesto del Especialista en Investigación

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Investigación
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.4 Puestos que supervisa :
Asistente de la Unidad, Apoyo informático de la Unidad
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de investigación en la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Coordina, evalúa y monitoriza el flujo administrativo de las investigaciones (informes, memorias, requerimientos logísticos, transferencias presupuestales, convenios, personal, etc.).
Generación de planes y proyectos de Investigación con énfasis en los problemas prioritarios y prioridades de investigación en salud en el marco de la descentralización.
Formula e implementa aspectos normativos en materia de investigación en salud a nivel regional.
Difunde a las instituciones académicas, centros de investigación e investigadores particulares, las normas y procedimientos que regulan la investigación en salud en especial la referida a ensayos con seres humanos.
Otras funciones del Puesto :
Utiliza los resultados de las investigaciones en la formulación de políticas regionales en salud.
Diseña e implementa modelos para la supervisión y monitoreo local de las investigaciones que se encuentren registradas y en proceso en su ámbito.
Establece la política y lineamientos de la transferencia tecnológica para la región.

Desarrolla procesos para la identificación de necesidades y oportunidades, actuales y futuras de transferencia e innovación tecnológica regional y local.
Realiza el registro, la inspección de ejecución y seguimiento de ensayos clínicos de acuerdo con los reglamentos establecidos.
Difusión de las prioridades y políticas de investigación en salud tanto nacional como regional.
Asesora la elaboración perfiles, diseño y ejecución de proyectos.
Vigila el desarrollo de las investigaciones, garantizando el respeto a los códigos de ética en investigación.
Realiza el registro, monitoreo y seguimiento de eventos adversos serios y de seguridad de productos.
Incentiva los proyectos de investigación de desarrollo tecnológico o innovación tecnológica que generen productos, procesos y servicios innovadores, así como aquellos que generen una patente, registros u otro tipo de innovación que contribuyan al bienestar colectivo y la aplicación de nuevos conocimientos.
Asesora en la elaboración y evaluación de tecnologías sanitarias
Promueve la publicación de los resultados de las investigaciones
Fomenta la conformación y desarrollo de redes de investigación regional.
Mantiene actualizados los documentos normativos para el desarrollo adecuado de las investigaciones que se realicen el ámbito regional.
Coordina con el comité de Investigación y ética en investigación, sobre el trámite y aprobación de los protocolos de investigación.
Evalúa los informes técnicos y financieros de los proyectos de investigación de acuerdo con las disposiciones que establezca la institución.
Promueve y fomenta la incorporación de personal altamente capacitado en las áreas priorizadas
Mantiene actualizado el registro de proyectos de investigación e investigadores.
Gestionar y organizar fondo intangible, con recursos del estado y otros cooperantes, para el desarrollo de investigaciones en salud.
Promueve el desarrollo de fondos concursable en investigación en salud.
Evaluación y del desarrollo de competencias del recurso humano en investigación a nivel institucional y regional DIRESA.
Incentiva a los profesionales de la salud institucional o extra institucional, la presentación de protocolos de investigación.
Mantiene actualizado la cartera de proyectos de investigación.
Promueve un entorno político, social y legal favorable para la sostenibilidad de los procesos transferidos.
Realiza la revisión sistemática de la evidencia existente asegurando el rigor científico y la calidad de los

conocimientos o tecnologías que se transfieren.
Establece mecanismos formales de coordinación, que fomenten y coadyuven a la producción de investigaciones.
Participara o designara a una persona para que actuara como secretario técnico en cada uno de los comités.
Evalúa, aprueba y controla los protocolos de investigación en salud financiados por el fondo concursable en el ámbito de su región.
Promueve acuerdos, contratos o convenios de cooperación con los gobiernos regionales y otras instituciones, para la sostenibilidad de la Transferencia Tecnológica
Aplica y supervisa el cumplimiento de los reglamentos y normas en transferencia tecnológica
Hace respetar el derecho de autor de los conocimientos transferidos
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de inteligencia sanitaria
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Redes de Salud y Hospitales
Gobierno Regional
Oficina General de Estadística e Informática del MINSA
Instituto Nacional de Salud
V. Requisitos :

5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la salud, Ciencias administrativas, Ingeniería industrial, organizacional, administrativas y de sistemas	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional

( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Investigación clínica, Investigación, científica, Ofimática (Nivel intermedio), paquetes estadístico (Nivel intermedio)	Obligatorio: Investigación clínica, investigación científica
Deseable: Ofimática (Nivel avanzada), paquetes estadísticos (Nivel avanzado)	Deseable:
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable: Ciencias en Investigación Epidemiológica	Deseable:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Gestión de la investigación en salud: Nivel intermedio (2) Paquetes estadísticos: Nivel (Intermedio). (2) Manejo de ofimática: Nivel (Intermedio)	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes estadísticos	Nivel Intermedio (SPSS, STADISTIC)
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	

5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
VI. Destrezas	
P: Trabajo en equipo D: Pensamiento analítico C: Selección de equipos	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) Compromiso ético (2) Trabajo en equipo (3) Capacidad de organización y planificación. (4) Solución de problemas.	

Perfil del Puesto del Especialista en Gestión de la información

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Gestión de la información
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de gestión de investigación y análisis e información

I.4 Puestos que supervisa :
Asistente de la Unidad, Apoyo informático de la Unidad
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de gestión de la información de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Provee el soporte de recursos tecnológicos a los sistemas de salud institucionales.
Administra y difunde la información estadística de salud para la toma de decisiones a todo el sector salud a nivel regional.
Planifica, Organiza, coordina y ejecuta el sistema de información y telecomunicaciones para el análisis de la información de salud.
Conduce el proceso de planeamiento estratégico y operativo de tecnologías de información y comunicaciones en el ámbito institucional, y su integración en el ámbito regional.
Otras funciones del Puesto :
Ejecuta el plan estratégico y operativo de tecnología de información y comunicaciones en el ámbito institucional.
Evalúa y propone mejoras en los Sistemas de Información institucionales. Coordinación con Nivel Central.
Planifica, Organiza, coordina y ejecuta lineamientos, políticas, estrategias y normativas para la gestión de la información, principalmente en generación o recopilación, análisis y difusión de la información de salud.
Propone estándares de datos, ciclos y flujos de información en el ámbito del sector salud en la región
Propone las normas, metodologías y procedimientos inherentes a las estadísticas de salud, tecnologías de información y comunicaciones en el ámbito del sector salud en la región
Diseña, rediseña y mejora continuamente el proceso de información para la salud y el proceso de desarrollo informático.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Inteligencia Sanitaria
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Redes de Salud y Hospitales
Gobierno Regional
Oficina General de Estadística e Informática del MINSA

V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ingeniería industrial, organizacional, administrativas y de sistemas, Ciencias de la comunicación, Ciencias de la Salud	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	( ) Diplomados
Obligatorio: Estadística e informática, Manejo de BD, sql, mysql, Administración de Servidores	Obligatorio:
Deseable: Virtualización	Deseable: Gestión de Información de Salud
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable: Gestión de Información en Salud	Deseable:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Estadística e informática Nivel Intermedio (2) Manejo BD Nivel Intermedio (3) Administrador de servidores Nivel Intermedio (4) Sistemas de información Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**

Procesador de texto	Nivel Avanzado
Hoja de cálculo	Nivel Avanzado
Presentaciones	Nivel Avanzado
Correo Electrónico	Nivel Avanzado
Paquetes informáticos	Nivel Avanzado
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
03 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
02 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
01 año	
VI. Destrezas	
P: trabajo en equipo, orientación/asesoramiento D: organización de la información, planificación C: operación y control	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) trabajo en equipo (2) compromiso ético (3) capacidad de organización (4) solución de problemas (5) comunicación en base a interculturidad	

Perfil del Puesto del Especialista en Telecomunicaciones

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Telecomunicaciones
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.4 Puestos que supervisa :
Asistente de la Unidad, Apoyo informático de la Unidad
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de telecomunicaciones de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Organiza, coordina, propone, desarrolla, brinda soporte técnico y mantiene la plataforma tecnológica de los sistemas de información, telecomunicaciones y telemática de salud en el ámbito regional, en el marco de las políticas, recomendaciones, normas y estándares nacionales y regionales.
Conduce y ejecuta el análisis de situación de telecomunicaciones en salud para la toma de decisiones
Regula, supervisa y evalúa las acciones de telecomunicaciones regionales
Diseña y propone los lineamientos, políticas y normas de telecomunicaciones en salud, y asesora y ejecuta su implementación
Otras funciones del Puesto :
Administra la página web
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Inteligencia Sanitaria
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Redes de Salud y Hospitales
Gobierno Regional

Oficina General de Estadística e Informática del MINSA	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ingeniería industrial, organizacional, administrativas y de sistemas, Ciencias de la comunicación	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	( ) Diplomados
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Administración de servidores, soporte y mantenimiento de Equipos de Telecomunicaciones, Soporte WEB.	Deseable: -
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: -	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Administración de servidores: Nivel (Intermedio) (2) Soporte y mantenimiento de equipos de Telecomunicaciones Nivel (Intermedio) (3) Soporte WEB: Nivel (Intermedio)	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**

Procesador de texto	Nivel Avanzado
Hoja de cálculo	Nivel Avanzado
Presentaciones	Nivel Avanzado
Correo Electrónico	Nivel Avanzado
Paquetes informáticos	Nivel Avanzado
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
03 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
02 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
01 año	
VI. Destrezas	
P: Orientación/Asesoramiento D: Organización de la Información, Planificación C: Operación y Control, Instalación	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) Trabajo en equipo (2) solución de problemas (3) compromiso ético	

Perfil del Puesto del Especialista en Centro de Documentación

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Centro de Documentación
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de gestión de investigación y análisis e información
I.4 Puestos que supervisa :
Asistente de la Unidad, Apoyo informático de la Unidad
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de documentación de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Administración de los servidores y centrales de datos a nivel regional
Controlar la calidad, ordenar, clasificar, consolidar, procesar y almacenar la información de salud en la región a través de un plan de resguardo de información electrónica
Difundir, adecuar, cumplir y controlar la aplicación de la normativa nacional y regional de salud en su ámbito de las redes, micro redes y eess
Gestión de soporte técnico en ordenadores y servidores
Otras funciones del Puesto :
Diseñar métodos y procedimientos administrativos usando tecnologías de información
Planificar, presupuestar y ejecutar la gestión institucional de los recursos físicos y los sistemas logísticos en su ámbito de su competencia, asignado en custodia su uso, identificando sus requerimientos y especificaciones técnicas, programando su distribución y mantenimiento; así como emitir opinión técnica en altas, bajas y enajenaciones de sus activos fijos, en coordinación con la oficina de administración
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Inteligencia sanitaria
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas

Redes de Salud y Hospitales	
Gobierno Regional	
Oficina General de Estadística e Informática del MINSA	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias administrativas, Ingeniería industrial, organizacional, administrativa y de sistemas.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	( ) Diplomados
Obligatorio: administración de servidores, sistemas operativos Windows server y Linux	Obligatorio: -
Deseable: certificación Microsoft y Linux certificación en itil	Deseable: redes y tele comunicaciones
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: -	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	

(1) OFIMATICA: Nivel Avanzado (2) SO LINUX: Nivel Avanzado (3) MOTORES DE BASE DE DATOS, SQL SERVER, MY SQL, ETC: Nivel Básico	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
VI. Destrezas	
P: escucha activa, persuasión, negociación, instrucción D: Destrezas matemáticas y científicas, evaluación de sistemas organizacionales, organización de la información C: Análisis de operaciones, diseño de tecnología	

VII. Competencias Generales (opcional)
(1) respeto por la vida, las personas y el ambiente (2) trabajo en equipo (3) capacidad de organización y planificación (4) solución de problemas (5) comunicación en base a interculturalidad

OFICINA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL DE LA DIRESA

ROF DE LA OFICINA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL

Artículo 168.-Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria. La Oficina de Planificación e Inteligencia Sanitaria es la unidad orgánica de asesoramiento de la Dirección Regional de Salud responsable brindar Asesoramiento a los diversos órganos de la institución en planificación estratégica y operativa, en análisis de la información de diversos procesos de su competencia y gestión de la investigación. Está encargada de conducir, regular, organizar y mantener los sistemas de planificación, información y notificación epidemiológica; así mismo responsable del sistema de comunicación y centro de documentación técnica; facilitando el acceso a la información a las diferentes instancias públicas y privadas

PROPUESTA DE PUESTOS, SEGÚN EL CAP APROBADO

Unidad Orgánica	Cargos según CAP aprobado					Propuesta de Puestos
Según CAP 2013	Cargo estructural	Código	Clasificación	Situación del Cargo	Cargo de Confianza	
Oficina de planificación estratégica sectorial	**Sub Gerente II**	45903-1	EC	Ocupado	No	**Jefe de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en presupuesto y financiamiento**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en planificación**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en proyectos de inversión**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Organización y Aseguramiento**

MATRIZ PARA DEFINIR FUNCIONES PARA CADA UNO DE LOS PUESTOS DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO

PUESTOS PROPUESTOS	Jefe de Oficina	Especialista en presupuesto y financiamiento	Especialista en planeamiento	Especialista en proyectos de inversión	Especialista en Organización y Aseguramiento
CARGO	**Sub Gerente II**	**Especialista Temático**	**Especialista Temático**	**Especialista Temático**	**Especialista Temático**
FUNCIONES SEGÚN CLASIFICADOR DE CARGOS	PLANEA, ORGANIZA, DIRIGE, SUPERVISA Y EVALUA	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA	SUPERVISA, COORDINA Y EJECUTA
SISTEMAS ADMINISTRATIVOS DEL ESTADO	Sistema Nacional de Presupuesto Público Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico Sistema Nacional de Inversión Publica	Sistema Nacional de presupuesto público: Procesos de programación, formulación, ejecución y evaluación presupuestal.	Sistema Nacional de Planeamiento estratégico	Sistema Nacional de Inversión Publica	
PROCESOS Y SUBPROCESOS SECTORIALES EN SALUD	Proceso Financiamiento. Proceso planeamiento. Proceso Inversión en Salud. Proceso Organización.	Proceso Financiamiento. Subprocesos: programación y formulación presupuestal, ejecución presupuestal, evaluación presupuestal, contabilidad financiera, presupuestal y de costos, análisis y evaluación financiera, control administrativo y financiero.	Proceso planeamiento. Subprocesos: diagnostico situacional, planeamiento estratégico, planeamiento operativo, evaluación del planeamiento.	Proceso Inversión en Salud. Subprocesos: programación de inversión, pre inversión, ejecución de inversión, post inversión.	Proceso Organización. Subprocesos: análisis organizacional, diseño organizacional, implementación y mejoramiento continuo.
FUNCIONES TRANSFERIDAS EN SALUD	b) +l) + f)	b) Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.	b) Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.	l) Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.	f) Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los gobiernos locales.

FUNCIONES DE LA UNIDAD ORGÁNICA	Funciones propuestas:	Funciones propuestas:	Funciones propuestas:	Funciones propuestas:	Funciones propuestas:
Dirigir, organizar y ejecutar el planeamiento de la DIRES y asesorar la formulación, ejecución y evaluación de los planes estratégicos y operativos; anteproyectos de presupuesto y plan multianual de inversiones de los órganos desconcentrados de la DIRES, según las directivas emitidas por el Gobierno Regional.	Planifica, organiza, dirige y controla el proceso de organización, planeamiento, inversiones y la gestión presupuestaria de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y coordina en el nivel regional y sectorial.	Participa, organiza, coordina y ejecuta el proceso de gestión presupuestaria de la DIRESA. (Programación, formulación, ejecución y evaluación) y participa y coordina con el nivel regional y sectorial	Participa, organiza y coordina con el GORESAM el proceso de planeamiento en la DIRESA (PEI, POI, PEDRC, etc.).	Planifica, organiza, coordina y Apoya el proceso de gestión de la inversiónpúblicaa en la DIRESA.	Planifica, organiza, coordina y ejecuta el proceso de organización institucional en la DIRESA
Asesorar a las distintas unidades orgánicas y órganos desconcentrados de la DIRES, en la formulación, operación y evaluación de proyectos de inversión pública en salud en coordinación con la Gerencia Regional de Infraestructura y conforme a la normativa de Zonificación Ecológica y Económica, gestión de riesgos y áreas naturales protegidas.	Dirige y asesora la formulación de los planes estratégico, táctico, operativo de la DIRESA, y evalúa su ejecución en sus órganos desconcentrados, en coordinación con el nivel regional y sectorial, y en concordancia con las políticas regionales y sectoriales.	Conduce y coordina el proceso de certificación del crédito presupuestario, el compromiso, el devengado y el pago del gasto público de la DIRESA, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Participa en la evaluación y el cumplimiento de objetivos y metas, y el logro de resultados, en el corto, mediano y largo plazo.	Cordina el proceso de implementación del Sistema de Inversión Pública en el sector Salud y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Elabora los documentos de gestión organizacionales como el ROF, MOF y CAP, y asiste técnicamente a los órganos desconcentrados.
Asesorar en la formulación de las propuestas de diseño o rediseño de redes de servicios salud de las personas, salud ambiental y ocupacional y carteras de servicios a las unidades desconcentradas.	Gestiona la asignación de recursos financieros y modificaciones presupuestarias, participa y coordina con el nivel regional y sectorial para su cumplimiento	Evalúa y propone las modificaciones presupuestarias del presupuesto de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Monitorea y evalúa los planes institucionales y supervisa la ejecución de los planes de los órganos desconcentrados de la DIRESA.	Conduce el proceso de programación, formulación y evaluación del presupuesto multianual y anual de inversión pública de la DIRESA, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Diseña, rediseña y mejora continuamente el proceso de organización institucional.

Formular y monitorear el proceso de gestión de recursos financieros, la metodología de estimación de costos de servicios públicos, subsidios, mecanismos de operación externa y asesorar a las distintas unidades orgánicas y órganos desconcentrados de la DIRES en la programación de recursos económicos y requerimientos en su ámbito de responsabilidad, en coordinación con la Dirección de Operaciones.	Dirige y asesora la formulación de los planes multianual de inversiones de la DIRESA y evalúa su ejecución en sus órganos desconcentrados, en coordinación con el nivel regional y sectorial, y en concordancia con las políticas regionales y sectoriales.	Conduce, organiza y coordina la programación, formulación, ejecución y evaluación presupuestaria por el presupuesto por resultados y sus programas presupuestales de los órganos desconcentrados de la DIRESA	Participa en la formulación del Plan Estratégico de Desarrollo Regional y conduce el proceso en el ámbito del sector salud a nivel regional.	Conduce el proceso de identificación, priorización de proyectos de inversión pública en salud.	Formula, Evalúa y propone los cambios de procesos y procedimientos organizacionales, orientadas a la mejor prestación de servicios.
Programar los recursos económicos en el ámbito de su responsabilidad, en coordinación con la Dirección de Operaciones - Salud.	Formula y monitorea el proceso de gestión de recursos financieros, la metodología de estimación de costos de servicios públicos, subsidios, mecanismos de operación externa y asesorar a las distintas unidades orgánicas y órganos desconcentrados de la DIRES en la programación de recursos económicos y requerimientos en su ámbito de responsabilidad, en coordinación con la Dirección de Operaciones.	Brinda asistencia técnica en los procesos de presupuesto y financiamiento en los órganos desconcentrados de la DIRESA	Participa el proceso de formulación de la planificación operativa en coordinación con el nivel regional y sectorial.	Generación de información recopilar y Estandarizar información priorizadas por las Redes y Hospitales para su uso en la Formulación de los proyectos de Inversión	Participa y brinda asistencia técnica para el diseño y rediseño de redes de servicios de salud a las personas, salud ambiental y ocupacional.
Formular y consolidar el Plan Operativo Anual y documentos técnicos normativos de gestión institucional en materia de salud, así como monitorear y evaluar y su ejecución.	Propone e implementa las políticas y estrategias de planificación y gestión presupuestaria para la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y controla su implementación y evaluación, en concordancia con las políticas regionales y sectoriales	Verificación y análisis de información del SIGA, SIAF a nivel de las unidades desconcentradas de la DIRES	Brinda asistencia técnica en los procesos de planificación en los órganos desconcentrados de la DIRESA	Propone los criterios técnicos para evitar duplicidad de inversión en salud en el ámbito regional, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.	Participa y brinda asistencia técnica en la elaboración de la cartera de servicios de salud en los servicios de salud de la DIRESA.

	Propone las prioridades de gasto e inversión de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, en concordancia con los objetivos regionales y sectoriales.	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	Emite opinión técnica sobre convenios, contratos, y acuerdos regionales y nacionales que involucren proyectos de inversión pública de salud en el ámbito regional.	Analiza y elabora las propuestas de gestión de recursos financieros, la metodología de estimación de costos de servicios públicos, subsidios y asesorar a las distintas unidades orgánicas de la DIRES, hospitales y redes de salud en la programación de recursos económicos y requerimientos para su ámbito de responsabilidad
	Propone normas, metodologías y herramientas relacionadas con la gestión presupuestal y financiera de los servicios de salud			Conduce, organiza, coordina, monitorea y supervisa los estudios de pre inversión, realiza seguimiento del Participa en los procesos de control y evaluación ex post de los proyectos de inversión pública, en el marco del SNIP, en el ámbito de la DIRESA.	Monitorea y controla los fondos para gastos operativos provenientes de los reembolsos de los seguros y de las atenciones de salud a ser asignados a las redes y micorrredes para garantizar el funcionamiento de la red prestacional; evalúa la calidad de su gasto.
	Propone los modelos de organización, procesos y procedimientos de la DIRESA y sus órganos desconcentrados			Brinda asistencia técnica en los procesos de proyectos de inversión en los órganos desconcentrados de la DIRESA	Desarrolla y participa con las unidades orgánicas en la planificación de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio de la unidad ejecutora en el marco del aseguramiento
	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior			Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior

Perfil del Puesto del Jefe de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.3 Puesto al que reporta :
Director de la Dirección Regional de Salud
I.4 Puestos que supervisa :
Especialista en presupuesto y financiamiento, Especialista en planificación, Especialista en proyectos de inversión, Especialista en Organización de servicios de salud
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de Planificación estratégica sectorial de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Planifica, organiza, dirige y controla el proceso de organización, planeamiento, inversiones y la gestión presupuestaria de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y coordina en el nivel regional y sectorial.
Dirige y asesora la formulación de los planes estratégico, táctico, operativo de la DIRESA, y evalúa su ejecución en sus órganos desconcentrados, en coordinación con el nivel regional y sectorial, y en concordancia con las políticas regionales y sectoriales.
Gestiona la asignación de recursos financieros y modificaciones presupuestarias, participa y coordina con el nivel regional y sectorial para su cumplimiento
Dirige y asesora la formulación de los planes multianual de inversiones de la DIRESA y evalúa su ejecución en sus órganos desconcentrados, en coordinación con el nivel regional y sectorial, y en concordancia con las políticas regionales y sectoriales.
Otras funciones del Puesto :
Formular y monitorear el proceso de gestión de recursos financieros, la metodología de estimación de costos de servicios públicos, subsidios, mecanismos de operación externa y asesorar a las distintas unidades orgánicas y órganos desconcentrados de la DIRES en la programación de recursos económicos y requerimientos en su ámbito de responsabilidad, en coordinación con la Dirección de Operaciones.
Propone e implementa las políticas y estrategias de planificación y gestión presupuestaria para la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y controla su implementación y evaluación, en concordancia con las políticas regionales y sectoriales
Propone las prioridades de gasto e inversión de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, en

concordancia con los objetivos regionales y sectoriales.
Propone normas, metodologías y herramientas relacionadas con la gestión presupuestal y financiera de los servicios de salud
Propone los modelos de organización, procesos y procedimientos de la DIRESA y sus órganos desconcentrados
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Dirección de salud integral
Dirección de operaciones
Dirección de recursos humanos
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
GORESAM
Gerencia desarrollo social
Gobierno Regional
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA
V. Requisitos :

5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la Salud, Ciencias Económicas, Ciencias Administrativas y Contables	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados

Obligatorio: Planeamiento Estratégico, Presupuesto Público, Proyectos de Inversión Pública	Obligatorio: Presupuesto Público
Deseable: Gestión Pública, Gerencia de servicios de salud/Administración Hospitalaria	Deseable: Gerencia de Proyectos de inversión, Gestión Pública
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: Gestión Pública, Economía	Obligatorio: -
Deseable: Gerencia de Proyectos de Inversión	Deseable: Economía
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Ley General de Presupuesto Público Nivel: Intermedio (2) Sistema de Presupuesto Público: Nivel: Intermedio (3)Ley del Sistema de Contratación del Estado: Nivel Básico (4) Ley Multianual de Inversiones: Nivel Intermedio (5) Programación y Formulación Presupuestal: Nivel: Intermedio (6)Programas Presupuestales PpR Nivel: Intermedio (7) Mecanismo de Financiamiento Nivel: Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral : 5 años	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	

( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	(X) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
5 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
3 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
2 años	
VI. Destrezas	
P: (22)Trabajo en equipo, (28)Asertividad/ Firmeza D: (48) organización de sistemas, (17) Planificación C: (51) Manejo de recursos materiales	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) compromiso ético (2) orientación a los resultados (3) solución de problemas	

Perfil del Puesto del Especialista en presupuesto y financiamiento

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en presupuesto y financiamiento
I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.4 Puestos que supervisa :
0
II . Objetivo del puesto :

Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de presupuesto de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Brinda asistencia técnica en los procesos de presupuesto y financiamiento en los órganos desconcentrados de la DIRESA
Participa, organiza, coordina y ejecuta el proceso de gestión presupuestaria de la DIRESA. (Programación, formulación, ejecución y evaluación) y participa y coordina con el nivel regional y sectorial
Conduce, organiza y coordina la programación, formulación, ejecución y evaluación presupuestaria por el presupuesto por resultados y sus programas presupuestales de los órganos desconcentrados de la DIRESA
Conduce y coordina el proceso de certificación del crédito presupuestario, el compromiso, el devengado y el pago del gasto público de la DIRESA, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.
Otras funciones del Puesto :
Verificación y análisis de información del SIGA, SIAF a nivel de las unidades desconcentradas de la DIRES
Evalúa y propone las modificaciones presupuestarias del presupuesto de la DIRESA y sus órganos desconcentrados, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
GORESAM
Gobierno Regional
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA
V. Requisitos :

5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	

.Ciencias Económicas y contables	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Presupuesto público, Contabilidad Publica	Obligatorio: Presupuesto Publico
Deseable: Gestión de Servicios de Salud, Gestión en Salud, Salud Pública	Deseable: Contrataciones del Estado
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Gestión Pública	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Ley General del Sistema nacional de Presupuesto y sus directivas: Nivel Intermedio (2) Ley de Presupuesto Público Nivel Intermedio (3) Ley y reglamento de contrataciones del Estado Nivel Intermedio (4) Sistema Integrado de Administración Financiera: Nivel intermedio (5) Sistema Integrado de Gestión Administrativa: Nivel Intermedio (6) Norma de Programación Multianual de la Inversión Pública: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)

Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
05 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
03 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
02 años	
VI. Destrezas	
P: Trabajo en Equipo, Instrucción D: Aprendizaje Activo, Manejo de recursos Financieros C: selección de equipo, Análisis de operaciones	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) Compromiso ético (2) Trabajo en equipo (3) Solución de problemas (4) Flexibilidad y Adaptación (5) Calidad y Mejora continua	

Perfil del Puesto del Especialista en Planeamiento

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Planeamiento

I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.4 Puestos que supervisa :
0
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de planeamiento de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Participa, organiza y coordina con el GORESAM el proceso de planeamiento en la DIRESA (PEI, POI, PEDRC, etc.).
Participa en la evaluación y el cumplimiento de objetivos y metas, y el logro de resultados, en el corto, mediano y largo plazo.
Monitorea y evalúa los planes institucionales y supervisa la ejecución de los planes de los órganos desconcentrados de la DIRESA.
Participa en la formulación del Plan Estratégico de Desarrollo Regional y conduce el proceso en el ámbito del sector salud a nivel regional.
Otras funciones del Puesto :
Participa el proceso de formulación de la planificación operativa en coordinación con el nivel regional y sectorial.
Brinda asistencia técnica en los procesos de planificación en los órganos desconcentrados de la DIRESA
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
GORESAM
Gobierno Regional
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales

Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias administrativas y contables, Ciencias económicas, Ciencias de la salud	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Planeamiento Estratégico, Presupuesto público, Sistemas de Administración pública.	Obligatorio: Planeamiento Estratégico.
Deseable: Presupuesto por resultados, proyectos de inversión pública	Deseable: Gestión Publica
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Planeamiento Estratégico , Gestión Pública	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistemas Administrativos: Nivel Intermedio (2) Sistema de Planeamiento Estratégico: Nivel Intermedio (3) Planeamiento Estratégico. táctico, operativo y multianual de inversiones para el sector público: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	

Ofimática	Elegir el nivel requerido
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)

Idiomas:

Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído

Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído

5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..

5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller

05 años

5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo

03 años

5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano

02 años

VI. Destrezas

P: Trabajo en Equipo, escucha activa
D: Síntesis / Reorganización, identificar causas fundamentales
C: Selección de Equipo

VII. Competencias Generales (opcional)

(1) Compromiso Ético
(2) Trabajo en Equipo
(3) Capacidad de Organización y Planificación
(4) Solución de Problemas
(5) Respeto por la Vida las personas y el Ambiente

Perfil del Puesto del Especialista en Proyectos de Inversión

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Proyectos de Inversión
I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.4 Puestos que supervisa :
0
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de inversión pública de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Conduce el proceso de programación, formulación y evaluación del presupuesto multianual y anual de inversión pública de la DIRESA, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.
Coordina el proceso de implementación del Sistema de Inversión Pública en el sector Salud y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.
Conduce, organiza, coordina, monitorea y supervisa los estudios de pre inversión, realiza seguimiento del Participa en los procesos de control y evaluación ex post de los proyectos de inversión pública, en el marco del SNIP, en el ámbito de la DIRESA.
Planifica, organiza, coordina y Apoya el proceso de gestión de la inversión pública en la DIRESA.
Otras funciones del Puesto :
Propone los criterios técnicos para evitar duplicidad de inversión en salud en el ámbito regional, y participa y coordina con el nivel regional y sectorial.
Brinda asistencia técnica en los procesos de proyectos de inversión en los órganos desconcentrados de la DIRESA
Generación de información recopilar y Estandarizar información priorizadas por las Redes y Hospitales para su uso en la Formulación de los proyectos de Inversión
Conduce el proceso de identificación, priorización de proyectos de inversión pública en salud.
Emite opinión técnica sobre convenios, contratos, y acuerdos regionales y nacionales que involucren proyectos de inversión pública de salud en el ámbito regional.
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior

IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Oficina de Inteligencia Sanitaria	
Dirección de Regulación y fiscalización Sanitaria	
Dirección de Salud Integral	
Dirección de Operaciones - Salud	
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud	
4.2 Coordinaciones Externas	
GORESAM	
OPI Regional	
Gobierno Regional	
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales	
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias Administrativas y contables, Ciencias Económicas, Ingenierías, Ciencias dela Salud	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Formulación y evaluación de proyectos de Inversión del SNIP	Obligatorio: Formulación de proyectos de inversión pública
Deseable: Planeamiento Estratégico	Deseable: Gerencia de proyectos de inversión pública
( ) Maestría	( ) Doctorado

Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Gerencia de proyectos de inversión pública	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) sistema nacional de inversión pública: Nivel (Intermedio) (3) Programación multianual de Inversión pública: Nivel (Intermedio) (4) normas técnicas de salud. Categorización, infraestructura y equipamiento: Nivel (Básico) (2) Ofimática: Nivel (Intermedio)	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
(X) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	

3 AÑOS
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo
2 AÑOS
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano
1 AÑO
VI. Destrezas
P: Trabajo en Equipo y Hablado D: Generar Ideas y Pensamiento Crítico C: Análisis de Operaciones y Comprobación
VII. Competencias Generales (opcional)
(1) Compromiso Ético (2) Trabajo en Equipo (3) Capacidad de Organización y Planificación (4) Solución de Problemas (5) Flexibilidad y adaptación

Perfil del Puesto del Especialista en Organización y Aseguramiento

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Organización y Aseguramiento
I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial
I.4 Puestos que supervisa :
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de organización y aseguramiento de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Formula, Evalúa y propone los cambios de procesos y procedimientos organizacionales, orientadas a la

mejor prestación de servicios.
Analiza y elabora las propuestas de gestión de recursos financieros, la metodología de estimación de costos de servicios públicos, subsidios y asesorar a las distintas unidades orgánicas de la DIRES, hospitales y redes de salud en la programación de recursos económicos y requerimientos para su ámbito de responsabilidad
Elabora los documentos de gestión organizacionales como el ROF, MOF y CAP, y asiste técnicamente a los órganos desconcentrados.
Monitorea y controla los fondos para gastos operativos provenientes de los reembolsos de los seguros y de las atenciones de salud a ser asignados a las redes y micorrredes para garantizar el funcionamiento de la red prestacional; evalúa la calidad de su gasto.
Otras funciones del Puesto :
Desarrolla y participa con las unidades orgánicas en la planificación de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio de la unidad ejecutora en el marco del aseguramiento
Diseña, rediseña y mejora continuamente el proceso de organización institucional.
Participa y brinda asistencia técnica para el diseño y rediseño de redes de servicios de salud a las personas, salud ambiental y ocupacional.
Participa y brinda asistencia técnica en la elaboración de la cartera de servicios de salud en los servicios de salud de la DIRESA.
Planifica, organiza, coordina y ejecuta el proceso de organización institucional en la DIRESA
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Inteligencia Sanitaria
Dirección de Regulación y fiscalización Sanitaria
Dirección de Salud Integral
Dirección de Operaciones - Salud
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
GORESAM
Gobierno Regional
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA

UDR - REGIONAL	
Seguro Integral de Salud	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas y contables, Ciencias Económicas	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	( ) Diplomados
Obligatorio: Gerencia de servicios de salud, Aseguramiento en salud	Obligatorio: -
Deseable: Administración Hospitalaria	Deseable: Gerencia de servicios de salud, Gestión de Redes y Hospitales, Economía de la salud
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Gerencia de servicios de salud, Economía en salud	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	

(1) Administración Hospitalaria : Nivel Intermedio (2) Aseguramiento en salud: Nivel Intermedio (3) Normatividad de organización de servicios de salud: Nivel Intermedio (4) Normatividad del Aseguramiento en Salud: Nivel Intermedio (5) Conocimiento e interpretación de documentos de gestión: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
5 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
3 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
2 años	
VI. Destrezas	
P: Orientación/ Asesoramiento, Percepción social D: Evaluación de sistemas organizacionales, Organización de la información, C: Manejo de recursos materiales, Diseño de tecnología,	

VII. Competencias Generales (opcional)
(1) compromiso ético (2) respeto por la vida las personas y el ambiente (3) capacidad de organización y planificación (4) solución de problemas

DIRECCIÓN DE OPERACIONES – SALUD DE LA DIRESA

ROF DE LA DIRECCION DE OPERACIONES – SALUD

Artículo 176.- DIRECCION DE OPERACIONES – SALUD. La Dirección de Operaciones - Salud es el órgano de línea de la Dirección Regional de Salud encargado de la dirección, coordinación, seguimiento y supervisión a la gestión presupuestal de las Oficinas de Operaciones-Salud, de modo tal que dicha gestión esté alineada con las prioridades de gasto del Gobierno Regional en materia de salud. Asimismo, se encarga del planeamiento operativo y del soporte administrativo de la Dirección Regional de Salud.

PROPUESTA DE PUESTOS, SEGÚN EL CAP APROBADO

Unidad Orgánica	Cargos según CAP aprobado					Propuesta de Puestos
Según CAP 2013	Cargo estructural	Código	Clasificación	Situación del Cargo	Cargo de Confianza	
Dirección de operaciones - salud	**Sub Gerente II**	45902	EC	Ocupado	Sí	**Director**
Unidad de Recursos	**Jefe de Oficina II (F3)**	45903-1	SP-DS	Previsto	No	**Jefe de Unidad**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Gestión Presupuestal**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Soporte Administrativo a Órganos Desconcentrados**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Gestión Logística y Control Patrimonial**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Gestión Administrativa Interna**
	Asistente administrativo	45906-5	SP-AP	Previsto	No	Responsable de Control de Personal
	Asistente administrativo	45906-5	SP-AP	Previsto	No	Secretaria
	Asistente administrativo	45906-5	SP-AP	Previsto	No	Asistente de la Unidad

	Auxiliar de Oficio	45906-2	SP-AP	Previsto	No	Auxiliar de Servicios Generales

Perfil del Puesto del Director de la Dirección de Operaciones – Salud

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Director de la Dirección de Operaciones - Salud
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Operaciones - Salud
I.3 Puesto al que reporta :
Director de la Dirección Regional de Salud
I.4 Puestos que supervisa :
Jefe de la Unidad de Recursos
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento de la Dirección de Operaciones - Salud de la DIRESA y sus órganos desconcentrados
III. Funciones esenciales del Puesto :
Dirige y supervisa el diseño de los espacios de coordinación entre las OOS y unidades desconcentradas (Of. de enlace)
Revisa y propone a la Dirección General las directivas de gestión para las OOS
Asesora en el procesos de selección de directores de redes de salud y hospitales
Dirige, coordina e informa sobre la programación presupuestal
Otras funciones del Puesto :
Dirige los proceso de gestión de recursos logísticos a nivel de DIRES y órganos desconcentrados
Dirige el saneamiento físico legal, activos fijos, bienes muebles e inmuebles de la DIRES y órganos desconcentrados
Dirige el proceso de suministro oportuno de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos en las OOS
Dirige la AT a las OOS en materia de planificación operativa y programación presupuestal

Dirige, coordina e informa el monitoreo y evaluación de la ejecución presupuestal y metas financieras de los órganos desconcentrados
Dirige las acciones de personal, recursos presupuestales, materiales y servicios auxiliares de la DIRES
Dirige la organización e implementación de la Unidad de Soporte ADMINISTRATIVO de la DIRES
Dirige, coordina e informa el proceso de distribución y ejecución de los recursos financieros del seguro público de las OOS a los EESS.
Dirige el monitoreo del proceso de gestión en inversión pública, gestión institucional de recursos físicos y logísticos de la DIRES y órganos desconcentrados según corresponda.
Dirige el apoyo de la ejecución de planes de capacitación según su competencia a nivel de la DIRES y órganos descentrados.
Dirige la organización del proceso de adquisición nacional y regional de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos en coordinación con DESI
Efectúa coordinaciones a nivel institucional y regional para la ejecución de las actividades a su cargo
Organiza y supervisa la ejecución de las actividades bajo su responsabilidad y toma las medidas correctivas cuando corresponda
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Oficina de Operaciones - Salud, Redes de Salud y Hospitales
Gobierno Regional
V. Requisitos :

5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
CIENCIAS administrativas y contables, Ciencias económicas, INGENIERIA industrial, organizacional y/o administrativa	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	

( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Sistemas administrativos del Estado, SIGA , SIAF, PLANEAMIENTO y presupuesto público, presupuesto por resultados	Obligatorio: Sistemas Administrativos del Estado
Deseable: Dirección estratégica	Deseable: Gestión publica
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Gestión pública	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(2) planeamiento y presupuesto público: nivel (intermedio) (3) SIGA: nivel (intermedio) (4) SIAF-SP: nivel (intermedio) (5) presupuesto por resultados: nivel (intermedio) (6) contrataciones de estado: nivel (intermedio) (1) ofimática: nivel (intermedio)	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)
Idiomas:	

Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	(X) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo en las Áreas de Administración, Planificación y/o Presupuesto	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
05 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
03 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
02 años	
VI. Destrezas	
P: trabajo en equipo (22), asertividad/firmeza(28) d: organización de sistemas (48)	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) trabajo en equipo (2) capacidad de organización y planificación (3) solución de problemas (4) ética (5) calidad y mejora continua (6) influencia y negociación	

Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de Recursos

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de la Unidad de Recursos
I.2 Unidad a la que pertenece :

Dirección de Operaciones - Salud
I.3 Puesto al que reporta :
Director de la Dirección de Oficina de Operaciones - Salud
I.4 Puestos que supervisa :
Equipo Técnico de la Unidad
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de operaciones de la DIRESA y sus órganos desconcentrados
III. Funciones esenciales del Puesto :
Supervisa, evalúa y coordina los proceso de gestión de recursos logísticos a nivel de DIRES y órganos desconcentrados
Fomenta y brinda AT para la implementación de los espacios de coordinación entre las OOS y unidades desconcentradas. (Of. de enlace)
Monitorea y supervisa el saneamiento físico legal, activos fijos, bienes muebles e inmuebles de la DIRES y órganos desconcentrados
Supervisa directivas de gestión para las OOS
Otras funciones del Puesto :
Supervisa la organización e implementación de la Unidad de Soporte administrativo de la DIRESA
Supervisa e informa el Monitoreo y evaluación de la ejecución presupuestal y metas financieras de los órganos desconcentrados
Supervisa el monitoreo y la evaluación del proceso de distribución y ejecución de los recursos financieros del seguro público de las OOS a los EESS.
Supervisa la organización del proceso de adquisición nacional y regional de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos en coordinación con DESI
Supervisa, evalúa y coordina las acciones de personal, recursos presupuestales, materiales y servicios auxiliares de la DIRES
Supervisa el proceso de suministro oportuno de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos en las OOS
Supervisa e informa sobre la programación presupuestal
Supervisa la AT a las OOS en materia de planificación operativa y programación presupuestal
Supervisa el monitoreo del proceso de gestión en inversión pública, gestión institucional de recursos físicos y logísticos de la DIRES y órganos desconcentrados según corresponda.
Supervisa el apoyo de la ejecución de planes de capacitación según su competencia a nivel de la DIRESA y órganos desconcentrados.
Programar, controlar y evaluar las actividades técnicas y administrativas de la Dirección de

Operaciones.	
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial	
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud	
4.2 Coordinaciones Externas	
Oficina de Operaciones - Salud, Redes de Salud y Hospitales	
Gobierno Regional	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias administrativas y contables, Ciencias económicas, Ingeniería industrial, organizacional y/o administrativa	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
(X) Bachiller	( ) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: SIGA, SIAF-SP, Contrataciones del Estado, logística, control patrimonial	Obligatorio: Sistemas de Administración Pública, Gestión Pública
Deseable: Planeamiento y presupuesto público	Deseable: Presupuesto por resultados
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Gestión Pública	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No

5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistemas Administrativos del estado: Nivel (Intermedio) (2) Ley de Contrataciones del Estado y su reglamento: Nivel (Intermedio) (3) Logística: Nivel (Intermedio) (4) Control patrimonial: Nivel intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel intermedio
Hoja de cálculo	Nivel intermedio
Presentaciones	Nivel intermedio
Correo Electrónico	Nivel intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	(X) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
05 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
03 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	

02 años
VI. Destrezas
P: trabajo en equipo (22), asertividad/firmeza (28), orientación/asesoramiento (29) d: generar ideas (15)
VII. Competencias Generales (opcional)
(1) compromiso ético (2) trabajo en equipo (3) orientación de resultados (4) calidad y mejora continua

Perfil del Especialista de Gestión Presupuestal

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista de Gestión Presupuestal
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Operaciones - Salud
I.3 Puesto al que reporta :
Director de la Dirección de Operaciones de salud
I.4 Puestos que supervisa :
0
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos de programación, formulación, ejecución y evaluación del presupuesto de la DIRESA y sus órganos desconcentrados
III. Funciones esenciales del Puesto :
Monitorea y evalúa la ejecución presupuestal y metas financieras de los órganos desconcentrados
Presta AT a las OOS en materia de programación presupuestal.
Monitorea y evalúa el proceso de distribución y ejecución de los recursos financieros del seguro público de las OOS a los EESS.
Propone directivas de gestión para las OOS en los asuntos de su competencia
Otras funciones del Puesto :
Participar en comisiones, reuniones y eventos por indicación del Jefe de la unidad de Recursos.

Apoyar en programación, organización y desarrollo de las actividades relacionadas al ámbito de su competencia de la Unidad de Recursos.
Emite opinión técnica sobre asuntos relacionados al ámbito de su competencia
Preparar informes de análisis e interpretación sobre la programación y ejecución presupuestal de las Oficinas de Operaciones Salud.
Elaborar, evaluar y proponer metodologías e instrumentos del sistema de presupuesto en coordinación con la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria
Proponer medidas de priorización y redistribución del gasto en las Oficinas de Operaciones Salud, en coordinación con Oficina de Planeamiento
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales
Gobierno Regional
V. Requisitos :

5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias administrativas y contables, Ciencias económicas, Ingeniería industrial, organizacional y/o administrativa	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
(X) Bachiller	( ) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Sistemas Administrativos del Estado, Planificación y Presupuesto público, SIAF-SP, SIGA	Obligatorio: Presupuesto público, Contrataciones del Estado

Deseable:	Deseable:
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Gestión pública	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Manejo de recursos FINANCIEROS (Nivel Intermedio) (2) Sistema de Planeamiento Estratégico (Nivel Intermedio) (3)Presupuesto por resultados (Nivel Intermedio) (4) Sistema de Presupuesto Público, ley y directivas (Nivel Intermedio) (5) SIGA (Nivel Intermedio) (6) SIAF-SP (Nivel Intermedio)	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea

( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
5 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
3 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
2 años	
VI. Destrezas	
P: trabajo en equipo, orientación/asesoramiento D: manejo de recursos financieros, identificar consecuencias ulteriores, pensamiento analítico C: selección de equipo	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) ética (2) orientación a los resultados (3) calidad y mejora continua	

Perfil del Puesto del Especialista en Soporte Administrativo a Órganos Desconcentrados

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Soporte Administrativo a Órganos Desconcentrados
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Operaciones - Salud
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de Recursos
I.4 Puestos que supervisa :
0
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar y controlar el funcionamiento del proceso de soporte administrativo a los órganos desconcentrados de la DIRESA

III. Funciones esenciales del Puesto :	
Monitorea el proceso de gestión en inversión pública, gestión institucional de recursos físicos y logísticos de la DIRES y órganos desconcentrados según corresponda.	
Presta AT a las OOS en materia de planificación operativa.	
Coordina con los órganos desconcentrados para la programación presupuestal.	
Propone directivas de gestión para las OOS en los asuntos de su competencia	
Otras funciones del Puesto :	
Diseña y propone AT para la implementación de la Oficina de Enlace (OOS-Unidades desconcentradas)	
Planifica y monitoriza el mantenimiento de los sistemas informáticos requeridos por las Oficinas de Operaciones Salud	
Elabora informes técnicos relacionados con la gestión administrativa en los plazos fijados por las Leyes y Normas de cada sistema administrativo.	
Identificar las necesidades de información para los fines de planeamiento y gestión de los sistemas administrativos.	
Participar en comisiones, reuniones y eventos por indicación del Jefe de la unidad de Recursos u otro cargo equivalente o mayor.	
Apoyar en programación, organización y desarrollo de las actividades relacionadas al ámbito de su competencia de la Unidad de Recursos.	
Monitorea e informa del proceso de gestión en inversión pública, en el avance físico y financiero de la Oficina de Operaciones Salud, en coordinación con la Oficina de Planificación.	
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial	
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud	
4.2 Coordinaciones Externas	
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales	
Gobierno Regional	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo

( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias administrativas y contables, Ciencias económicas, Ingeniería industrial, organizacional y/o administrativa, Ciencias de la salud	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Planeamiento Estratégico, Presupuesto público, Gestión Pública	Obligatorio: Contrataciones del Estado, Gerencia de Proyectos de Inversión Pública.
Deseable: Contrataciones del Estado, Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión	Deseable: Presupuesto Público
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Gestión Pública	Deseable:-
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Ley General de Presupuesto; Ley de Presupuesto del Ejercicio Fiscal, Ley de Endeudamiento del sector Publico, Ley de Equilibrio Financiero de Presupuesto: Nivel Intermedio (2) Directivas para la Programación, formulación, Ejecución y evaluación Presupuestal, (3) Planificación Estratégica: Nivel Intermedio (4) Sistema Nacional de Inversión Pública: Nivel Intermedio (5) Programación Multianual de Inversión Pública: Nivel Intermedio (6) Ley de Contrataciones del Estado	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio

Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)
Idiomas:	
Inglés: Intermedio ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo en las Áreas de Administración, Planificación y/o Presupuesto	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
05 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
03 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
02 años	
VI. Destrezas	
P: Asertividad/Firmeza D: Planificación, Manejo en Sistemas Financieros C: Monitoreo y Control	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) Capacidad de Organización y Planificación (2) Trabajo en equipo. (3) Compromiso Ético	

Perfil del Puesto del Especialista en Gestión Logística y Control Patrimonial

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Gestión Logística y Control Patrimonial
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Oficina de Operaciones - Salud
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de Recursos
I.4 Puestos que supervisa :
0
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar y controlar la Gestión Logística y patrimoniales DIRESA y sus órganos desconcentrados
III. Funciones esenciales del Puesto :
Propone directivas de gestión para las OOS en los asuntos de su competencia
Planifica y supervisa el suministro oportuno de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos en las OOS
Elabora propuestas técnicas para dirigir el saneamiento físico legal, activos fijos, bienes muebles e inmuebles de la DIRES y órganos desconcentrados
Organiza el proceso de adquisición nacional y regional de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en servicios públicos en coordinación con DESI
Otras funciones del Puesto :
Monitorea los proceso de gestión de recursos logísticos en por órganos descentrados
Apoya la ejecución de planes de capacitación según su competencia a nivel regional
Monitorea, evalúa e informa la ejecución del Plan Anual de Contrataciones de las Oficina de Operaciones Salud
Participar en comisiones, reuniones y eventos por indicación del Jefe de la unidad de Recursos u otro cargo equivalente o mayor.
Apoyar en programación, organización y desarrollo de las actividades relacionadas al ámbito de su competencia de la Unidad de Recursos.
Emite opinión técnica sobre asuntos relacionados al ámbito de su competencia
Las demás funciones que le asigne el jefe inmediato superior

IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial	
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud	
4.2 Coordinaciones Externas	
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales	
Gobierno Regional	
SBN, SUNARP, SUNAT, INDECOPI, OSCE	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias administrativas y contables, Ciencias económicas, Ingeniería industrial, organizacional y/o administrativa	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Ley de Contrataciones del Estado, Sistema Nacional de Bienes del Estado, SIGA (acreditado por la OSCE)	Obligatorio: Contrataciones del Estado
Deseable: manejo y control de inventarios y bienes patrimoniales	Deseable: Gestión Logística
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: GESTION PUBLICA	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No

5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1)Ley y reglamento de Contrataciones del Estado: Nivel Intermedio (2) Sistema Nacional de Bienes: Nivel Intermedio (3) Control y manejo de inventarios: Nivel Intermedio (4) SIAF-SP y SIGA: Nivel intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Profesional administrativo en las Áreas de Administración, Planificación y/o Presupuesto	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
05 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
03 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	

02 años
VI. Destrezas
P: asertividad(28), manejo de recursos humanos (52) d: pensamiento conceptual (19), planificación (17)
VII. Competencias Generales (opcional)
(1) trabajo en equipo (2) capacidad de organización y planificación (3) solución de problemas

Perfil del Puesto del Especialista de Administración de Recursos

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista de Administración de Recursos
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Operaciones - Salud
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de Recursos
I.4 Puestos que supervisa :
0
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar y controlar el funcionamiento de los proceso de administración de recursos de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
Planifica y ejecuta las acciones de personal, recursos presupuestales, materiales y servicios auxiliares de la DIRESA
Realiza el saneamiento físico legal, activos fijos, bienes muebles e inmuebles de la DIRES.
Formula el presupuesto de la DIRES en coordinación con la Oficina de Planificación
Propone directivas de gestión para las OOS en los asuntos de su competencia
Otras funciones del Puesto :
Ejecuta la implementación de la Unidad de Soporte Administrativo de la DIRESA
Realiza los proceso de gestión de recursos logísticos en la DIRESA

Apoya la ejecución de planes de capacitación según su competencia a nivel de la DIRESA
Participar en comisiones, reuniones y eventos por indicación del Jefe de la unidad de Recursos u otro cargo equivalente o mayor.
Apoyar en programación, organización y desarrollo de las actividades relacionadas al ámbito de su competencia de la Unidad de Recursos.
Emite opinión técnica sobre asuntos relacionados al ámbito de su competencia
Planifica y monitoriza el mantenimiento de los sistemas informáticos requeridos de la Dirección Regional de Salud.
Coordina las actividades de soporte de equipos y las redes informáticas de la Dirección Regional de Salud.
Las demás funciones que le asigne el Jefe de Unidad
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Gobierno Regional
V. Requisitos :

5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias administrativas y contables, Ciencias económicas, Ingeniería industrial, organizacional y/o administrativa, Ciencias políticas	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Sistemas Administrativos del Estado, Gestión de recursos humanos	Obligatorio: Gestión pública, Gestión de recursos humanos

Deseable: Contrataciones del Estado	Deseable: Presupuesto público
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -	Obligatorio: -
Deseable: Gestión pública	Deseable: -
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistemas Administrativos del Estado: Nivel intermedio (2) Contrataciones del Estado : Nivel intermedio (3) SIGA y SIAF-SP: Nivel intermedio (4) Sistema de control patrimonial: Nivel intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel intermedio
Hoja de cálculo	Nivel intermedio
Presentaciones	Nivel intermedio
Correo Electrónico	Nivel intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio (SIGA, SIAF-SP)
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director

( ) Profesional administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
05 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
03 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
02 años	
VI. Destrezas	
P: trabajo en equipo (22) **D:** pensamiento crítico (10) **C:** operación y control (37)	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) flexibilidad y adaptación (2) ética (3) calidad y mejora continua	

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA DIRESA

ROF DE LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Artículo 174.-Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos. La Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos es la unidad orgánica de línea de la Dirección Regional de Salud responsable de la formulación y gestión de las políticas de salud relacionadas a desarrollo de los recursos humanos en salud y sus capacidades.

PROPUESTA DE PUESTOS, SEGÚN EL CAP APROBADO

Unidad Orgánica	Cargos según CAP aprobado					Propuesta de Puestos
Según CAP 2013	Cargo estructural	Código	Clasificación	Situación del Cargo	Cargo de Confianza	
Oficina de desarrollo institucional	**Sub-Gerente II**	45903-1	EC	Ocupado	SI	**Director**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en Organización y Desarrollo institucional**

	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Responsable de Gestión sectorial de RRHH**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en gestión del trabajo**
	Especialista Temático	45905-1	SP-ES	Previsto	No	**Especialista en desarrollo y evaluación del desempeño**
	Asistente Temático	45905-2	SP-ES	Previsto	No	Responsable de SERUMS
	Asistente Administrativo	45906-5	SP-AP	Previsto	No	Secretaria

MATRIZ PARA DEFINIR FUNCIONES PARA CADA UNO DE LOS PUESTOS DE LA ROF DE LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

UNIDAD ORGÁNICA	**DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**				
Procesos de la GRH	SGRH		Planificación Empleo	Desarrollo Desempeño Compensación	Organización Relaciones
Cargos (según CAP aprobado)	**Sub Gerente II**	**Especialista Temático**	**Especialista Temático**	**Especialista Temático**	**Especialista Temático**
Propuesta de Puestos	**Director**	**Gestión sectorial**	**Gestión del Trabajo**	**Gestión del desarrollo y evaluación**	**Organización y Desarrollo Institucional**
GESTIÓN DEL SISTEMA					
Reglamento interno de trabajo de la Dirección.	Diseña, aprueba y supervisa el cumplimiento del Reglamento interno de trabajo de la Dirección.				
Funcionamiento del sistema regional de gestión de recursos humanos en salud, en coordinación con las unidades técnicas de DIRESA, Redes y MR, de acuerdo a la misión, visión, objetivos y estrategias de la organización.			Implementa los procesos de la gestión de RHUS en el área de su competencia	Implementa los procesos de la gestión de RHUS en el área de su competencia	Implementa los procesos de la gestión de RHUS en el área de su competencia
Directivas, formatos, matrices para el acopio de información para la gestión y desarrollo de recursos humanos de la DIRESA.	Elabora las Directivas, formatos, matrices para el acopio de información para la gestión y desarrollo de recursos humanos de la DIRESA.	Elabora las Directivas, formatos, matrices para el acopio de información para la gestión y desarrollo de recursos humanos a nivel sectorial	Mantiene actualizada la información de gestión y desarrollo de RHUS en el área de su competencia.	Mantiene actualizada la información de gestión y desarrollo de RHUS en el área de su competencia.	Mantiene actualizada la información de gestión y desarrollo de RHUS en el área de su competencia.

Indicadores de gestión de RHUS de acuerdo a los planes y políticas de gestión institucional.	Monitorea y evalúa los indicadores de gestión de RHUS de acuerdo a los planes y políticas de gestión institucional.		Elabora indicadores para la gestión de RHUS en el ámbito de su competencia	Elabora indicadores para la gestión de RHUS en el ámbito de su competencia	Elabora indicadores para la gestión de RHUS en el ámbito de su competencia
Mantiene actualizada la base de datos del inventario regional del personal de salud.	Controla la base de datos del inventario regional del personal de salud.		Mantiene actualizada la base de datos del inventario regional del personal de salud.		
Diagnóstico de RHUS tomando en cuenta las necesidades tanto de la formación como de la prestación.	Coordina, organiza y elabora el diagnóstico institucional de RHUS tomando en cuenta las prioridades sanitarias regionales	Coordina, organiza y elabora el diagnóstico sectorial de RHUS tomando en cuenta las necesidades tanto de la formación como de la prestación.	Participa en el diseño del diagnóstico institucional y sectorial de RHUS, en el área de su competencia	Participa en el diseño del diagnóstico institucional y sectorial de RHUS, en el área de su competencia	Participa en el diseño del diagnóstico institucional y sectorial de RHUS, en el área de su competencia
Políticas de gestión y desarrollo de los RHUS (institucionales y sectoriales) de acuerdo a las necesidades institucionales y sectoriales.	Elabora las políticas institucionales de gestión y desarrollo de los RHUS de acuerdo a las necesidades institucionales.	Elabora las políticas sectoriales de gestión y desarrollo de los RHUS de acuerdo a las necesidades sectoriales.			Art 175-1: Formular propuestas de lineamientos, normas y procedimientos en la organización y desarrollo institucional y gestión sectorial de recursos humanos en coordinación con las unidades orgánicas que le corresponda
Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos, en el marco de las políticas sectoriales y la legislación vigente.	Elabora el Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos en salud a nivel institucional, en el marco de las políticas sectoriales y la legislación vigente.	Elabora el Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos en salud a nivel sectorial.	Participa en el diseño del Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos en salud a nivel sectorial e institucional.	Participa en el diseño del Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos en salud a nivel sectorial e institucional.	Participa en el diseño del Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos en salud a nivel sectorial e institucional.

Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.	Organiza, dirige y elabora el Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.	Participa en el diseño del Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.	Participa en el diseño del Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.	Participa en el diseño del Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.	Participa en el diseño del Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.
Presupuesto de la unidad de acuerdo con los planes operativos vigentes.	Elabora el Presupuesto de la unidad de acuerdo con los planes operativos vigentes.				
Reportes financieros y presupuestales de Personal conforme a criterios técnicos, administrativos y gerenciales.	Elabora los reportes financieros y presupuestales de Personal conforme a criterios técnicos, administrativos y gerenciales.				
Organizar y controlar el archivo de la documentación de su competencia.		Organiza y controla el archivo de la documentación de su competencia.	Organiza y controla el archivo de la documentación de su competencia.	Organiza y controla el archivo de la documentación de su competencia.	Organiza y controla el archivo de la documentación de su competencia.
PLANIFICACION: BRECHAS DE RHUS					
Requerimientos y brechas de RHUS para todos los niveles de atención de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y locales.	Supervisa el proceso de estimación de Requerimientos y brechas de RHUS para todos los niveles de atención de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y locales.		Define metodología e instrumentos para que Redes estimen requerimientos y brechas de RHUS para todos los niveles de atención de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y locales.		
Planes y estrategias para cubrir la brecha de RHUS.	Supervisa el diseño Planes y estrategias para cubrir la brecha de RHUS.		Brinda asistencia técnica a las Redes para diseñar Planes y estrategias para cubrir la brecha de RHUS.		
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO					

Documentos de gestión; Cuadro de Asignación de Personal, PAP, MOF de acuerdo a las necesidades organizacionales vigentes.	Supervisa el diseño del Cuadro de Asignación de Personal, PAP, MOF de acuerdo a las necesidades organizacionales vigentes.				Art 175-3: Asesora en el diseño del Cuadro de Asignación de Personal de acuerdo a las necesidades organizacionales vigentes.
Estudios de mercado de la Oferta y Demanda laboral.					Elabora estudios de mercado de la Oferta y Demanda laboral.
Procesos de descripción y análisis de puestos de trabajo, incluyendo requisitos y competencias para el puesto.					Art 175-3: Asesora las distintas unidades orgánicas en la descripción y análisis de puestos de trabajo, incluyendo perfiles de puestos y sus respectivas competencias para el puesto.
Directivas y normas acerca de perfiles de competencias de acuerdo al marco normativo vigente.					Define o adapta metodología e instrumentos para el diseño y normalización de competencias laborales en salud.
GESTIÓN DEL EMPLEO					
Resoluciones administrativas de la institución de acuerdo a la normatividad vigente.			Elabora las Resoluciones administrativas de la institución de acuerdo a la normatividad vigente		
Políticas y estrategias de RRHH vinculadas al ingreso, movimiento y salida del personal, en base al mérito, perfiles o evaluaciones del desempeño.					
Bases del proceso de reclutamiento y selección del personal basado en los perfiles de puesto.					

Procesos de reclutamiento y selección en base al mérito, perfiles de puestos y competencias			Art 175-3: Asesora a las distintas unidades en el desarrollo de procesos de reclutamiento y selección en base al mérito, perfiles de puestos y competencias, en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas		
Procesos de reclutamiento y selección en base al mérito, perfiles de puestos y competencias			Art 175-3: Asesora procesos de reclutamiento y selección de directores de redes de salud y hospitales, en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas		
Instrumentos para evaluar candidatos de acuerdo a los perfiles de puesto y competencias definidos, en coordinación con las unidades técnicas.			Asesora en el diseño de instrumentos para evaluar candidatos de acuerdo a los perfiles de puesto y competencias definidos, en coordinación con las unidades técnicas.		
Expedientes de candidatos para verificar requisitos de acuerdo al perfil			Participa en el Comité de selección		
Inducción a los nuevos trabajadores de acuerdo a los procedimientos establecidos.				Art 175-4: Realiza y evalúa los procesos de inducción del personal de las distintas unidades orgánicas de la DIRES en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas	
Evaluación de expedientes de procesos administrativos de acuerdo a la normatividad vigente.			Participa en la Comisión de Procesos Administrativos???		

Control de asistencia y permanencia de los trabajadores de la DIRESA: Normas e Información técnica al inmediato superior.			Art 175-3: Asesora a las distintas unidades en los procesos de control de los RRHH, en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas		
Políticas y procedimientos que regulan los procesos de desplazamiento horizontal y vertical del personal, de acuerdo al desempeño del personal, a los años de permanencia en el puesto, a la progresión desde zonas de menor a mayor desarrollo.					
Documento del contrato y los términos de referencia en base al perfil del puesto y al informe de resultados de la selección.					
Documento del contrato y los términos de referencia en base al perfil del puesto y al informe de resultados de la selección.					
Solicitudes de desplazamiento en función a las necesidades.(emitir opinión)					
Dar cumplimiento a las normas vigentes referentes a las declaraciones juradas de los pensionistas y sobrevivientes.					
Mantener actualizada e informatizada la documentación referente a los pensionistas y sobrevivientes de la DIRESA y Unidades Ejecutoras.					
Normas y procedimientos técnicos de pensiones y beneficios.	Supervisa el cumplimiento y aplicación de las normas y procedimientos técnicos y pensiones y beneficios.				

Expedientes para la desvinculación laboral en base a la normatividad vigente.					
Procesar y proyectar Resoluciones de pensiones y otros beneficios.					
Mantener actualizado y organizado el legajo del personal, para la administración del sistema de registro y archivo de escalafón de personal activo, pasivo y pensionistas de la sede de la DIRESA, de acuerdo a la normatividad vigente.					
Consolidado y las planillas de liquidación de la asistencia, inasistencia, licencias y comisiones de servicio y tardanzas en forma mensual.					
GESTION DEL DESARROLLO					
Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) y planes de mejora del desempeño cualitativo y cuantitativo a nivel institucional en base a las brechas comunes encontradas en las evaluaciones de desempeño individual y de acuerdo a las normas y estrategias nacionales y regionales vigentes.				Art 175-2: Asesorar a la Dirección Regional y a sus distintas unidades orgánicas en la formulación, ejecución y control de politicas, proyectos y programas de intervención en el ámbito del desarrollo de RHUS.	
Planes de desarrollo de sedes docentes de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y al PDP.				Asesora el diseño de planes de desarrollo de sedes docentes de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y al PDP.	
Informe de evaluación del PDP de acuerdo a normatividad vigente.				Elabora el informe de evaluación del PDP de acuerdo a normatividad vigente.	

Normas para la regulación de los programas de docencia-servicio (pregrado, internado, SERUMS y segunda especialización en concordancia con las políticas institucionales.				Elabora las normas para la regulación de los programas de docencia-servicio (pregrado, internado, SERUMS y segunda especialización en concordancia con las políticas institucionales.	
Informe de calificación de la sede docente de acuerdo a la norma vigente.				Define las pautas para la calificación de la sede docente de acuerdo a la norma vigente.	
Convenios marco y específicos con instituciones de formación conforme al marco normativo y legal vigente.				Gestiona los Convenios marco y específicos con instituciones de formación conforme al marco normativo y legal vigente.	
Políticas y estrategias orientadas a favorecer el desarrollo profesional y laboral de las personas de acuerdo a sus aptitudes, proporcionando espacios de aprendizaje y líneas de carrera de acuerdo a la dinámica y estructura organizativa.				Art 175-3: Asesora a las distintas unidades orgánicas en los procesos de desarrollo de los RRHH.	
Líneas de carrera en base al mérito, tiempo de permanencia y competencias para el cargo.				Elabora políticas y directivas de desarrollo del personal y define líneas de carrera en base al mérito, tiempo de permanencia y competencias para el cargo.	
Directiva para el otorgamiento de becas de estudio y las licencias por capacitación, de acuerdo a la normatividad vigente.				Elabora directiva para el otorgamiento de becas de estudio y las licencias por capacitación, de acuerdo a la normatividad vigente.	
Comité de Becas de la institución para la evaluación de los expedientes de los postulantes y el otorgamiento de las becas.				Participa en el Comité de Becas de la institución para la evaluación de los expedientes de los postulantes y el	

				otorgamiento de las becas.	
Certificación de las actividades de capacitación y desarrollo de los trabajadores de la institución, incluyendo las competencias adquiridas y demostradas.				Art 175-4: Realiza y evalua los procesos técnicos de certificación de las actividades de capacitación y desarrollo de los trabajadores de la institución, incluyendo las competencias adquiridas y demostradas.	
GESTIÓN DEL DESEMPEÑO					
Procesos de evaluación del desempeño				Art 175-4: Realiza y evalua los procesos técnicos de evaluación del desempeño del personal de las distintas unidades orgánicas de la DIRES en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas	
Planes individuales de mejora del desempeño cualitativo y cuantitativo en función a las brechas encontradas, al PDP y la normatividad vigente.				Elabora directivas para el diseño de Planes individuales de mejora del desempeño cualitativo y cuantitativo en función a las brechas encontradas, al PDP y la normatividad vigente.	

Perfil del Puesto del Director de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Director
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta :
Director Regional de Salud
I.4 Puestos que supervisa :
Especialista en Organización y Desarrollo Institucional, Responsable de gestión sectorial de RRHH, Especialista en Gestión del Trabajo, Especialista en desarrollo y evaluación del desempeño
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de gestión de recursos humanos de la institución.
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Organiza, dirige, supervisa y evalúa el funcionamiento del sistema regional de gestión de recursos humanos en salud, en coordinación con las unidades técnicas de DIRESA, Redes y MR, de acuerdo a la misión, visión, objetivos y estrategias de la organización.
Dirige la elaboración del Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos en salud a nivel institucional, en el marco de las políticas sectoriales y la legislación vigente.
Dirige la elaboración y propone el Presupuesto de la unidad de acuerdo con los planes operativos vigentes.
Organiza, dirige y elabora el Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.
Otras Funciones del Puesto :
Asesora la elaboración de las políticas institucionales de gestión y desarrollo de los RHUS de acuerdo a las necesidades institucionales.
Dirige la supervisión del proceso de estimación de Requerimientos y brechas de RHUS para todos los niveles de atención de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y locales.

Dirige la supervisión del diseño del Cuadro de Asignación de Personal, PAP, MOF de acuerdo a las necesidades organizacionales vigentes.
Diseña, aprueba y supervisa el cumplimiento del Reglamento interno de trabajo de la Dirección.
Monitorea y evalúa los indicadores de gestión de RHUS de acuerdo a los planes y políticas de gestión institucional.
Participa en la elaboración de los reportes financieros y presupuestales de Personal conforme a criterios técnicos, administrativos y gerenciales.
Coordina, organiza y elabora el diagnóstico institucional de RHUS tomando en cuenta las prioridades sanitarias regionales
Conduce la Supervisión del diseño Planes y estrategias para cubrir la brecha de RHUS.
Dirige la elaboración de Directivas, formatos, matrices para el acopio de información para la gestión y desarrollo de recursos humanos de la DIRESA.
Controla la base de datos del inventario regional del personal de salud.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Dirección General de la Dirección Regional de Salud
Dirección de Planificación Estratégica Sectorial
Dirección de Operaciones - Salud
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Oficina de Recursos Humanos del Gobierno Regional
Dirección General de Gestión de Recursos Humanos - MINSA
V. Requisitos :
5.1 Formación Académica

( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado

5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes
Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Ingeniería afines a las ciencias administrativas.

5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Gestión Estratégica de RRHH	Obligatorio: Gestión en RRHH
Deseable: Gestión Pública	Deseable: Gestión Pública
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: Gestión en RRHH	Obligatorio: -----
Deseable: Gestión Pública	Deseable: -----
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(X) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(X) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistema de Gestión de RRHH: Nivel Avanzado. (2) Planeamiento de RRHH: Nivel Avanzado. (3) Normas Laborales : Nivel Avanzado	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Básico

Idiomas:	
Inglés: ------- ( ) Hablado ( ) Escrito (x) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	(x) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
5 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
3 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
2 años	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
VI. Destrezas	
P: Manejo de recursos humanos Trabajo en Equipo D: Formular una visión, Juicio y Toma de decisiones C: Selección de Equipos, Análisis de Operaciones	
VII. Competencias Generales	
(1) Trabajo en Equipo (2) Respeto por la Vida, las Personas y el Ambiente (3) Solución de Problemas (4) Capacidad d Organización y Planificación (5)Compromiso Ético	

Perfil del Puesto del Especialista en Organización y Desarrollo Institucional

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Organización y Desarrollo Institucional
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta :
Director de Desarrollo de Recursos Humanos
I.4 Puestos que supervisa :
Ninguno
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de organización y desarrollo de la institución
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Participa en el diseño del Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos en salud a nivel sectorial e institucional.
Asesora a las distintas unidades orgánicas en la formulación de documentos de gestión (CAP-PAP-MOF, otros de gestión).
Formula propuestas de lineamientos, normas y procedimientos en la organización y desarrollo institucional y gestión sectorial de recursos humanos en coordinación con las unidades orgánicas que le corresponda
Asesora a la DIRES en la implementación de las estrategias de resolución de conflictos conforme a la política institucional.
Otras Funciones del Puesto :
Elabora indicadores para la gestión de RHUS en el ámbito de su competencia
Elabora directivas para el diseño, implementación y control de Programas de Salud Ocupacional.
Supervisa el cumplimiento de las normas y acciones sobre Salud Ocupacional y Clima Laboral (incluye la elaboración del informe técnico correspondiente).

Participa en el diseño del diagnóstico institucional y sectorial de RHUS, en el área de su competencia
Elabora directivas para realizar estudios sobre el clima laboral en la DIRESA, Redes y Microrredes.
Elabora políticas, directivas y planes para la gestión de la seguridad en el trabajo (incluye control y vigilancia) conforme a la normatividad vigente.
Elabora directivas para desarrollar procesos de gestión de relaciones laborales, bienestar y clima organizacional de acuerdo a la normatividad vigente.
Elaborar, revisar y/o proponer proyectos de convenios y otros documentos específicos del área de su competencia.
Implementa los procesos de la gestión de RHUS en el área de su competencia
Participa en el diseño del Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.
Elabora directivas para el desarrollo de Programas de bienestar social de acuerdo a la normatividad vigente
Brinda asistencia técnica a las OO-S, para la implementación de directivas y elaboración de estrategias y planes de mejora del clima organizacional y la salud ocupacional, de acuerdo al diagnóstico.
Organiza y controla el archivo de la documentación de su competencia.
Mantiene actualizada la información de gestión y desarrollo de RHUS en el área de su competencia.
Otras funciones que le asigne su jefe inmediato.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales
Gobierno Regional
Universidades e institutos
Organismos de cooperación internacional, etc.
V. Requisitos :
5.1 Formación Académica

( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto

( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias administrativas, Ingeniería, Ciencias de la salud.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Planeamiento de RR. HH	Obligatorio: Diplomado en gestión de RR.HH
Deseable: Elaboración de planes de gestión	Deseable: Gestión Pública
(x) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable: Gestión de RR.HH o afines	Deseable:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(X) Sí según corresponda	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(X) Sí según corresponda	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistema de herramientas de RR.HH: Nivel Intermedio (2) Conocimiento de la Normatividad vigente relacionada a la gestión de RRHH en salud: Nivel Intermedio (3) Documentos de gestión: Nivel Intermedio (4) Ofimática: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio

Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Básico
Idiomas:	
Inglés: ----- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral : 2 años	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(X) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
(X) Sí según corresponda	( ) No
VI. Destrezas	
P: Trabajo en equipo (22), Asertividad y Firmeza (28) D: Juicio y toma de decisiones (46) C: Escucha Activa (2)	
VII. Competencias Generales	

(1) solución de problemas (2) trabajo en equipo (3) comunicación en base a interculturalidad (4) capacidad de organización y planificación

Perfil del Puesto del Especialista en Gestión Sectorial de Recursos Humanos

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Gestión Sectorial de Recursos Humanos
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta :
Director de Desarrollo de Recursos Humanos
I.4 Puestos que supervisa :
Ninguno
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de gestión sectorial del recurso humano de la institución.
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Coordina, organiza y elabora el diagnóstico sectorial de RHUS tomando en cuenta las necesidades tanto de la formación como de la prestación.
Asesora a las distintas unidades orgánicas en la formulación de documentos de gestión (PAP).
Formula, ejecuta y controla el Plan Estratégico de RRHH del sector salud en su ámbito de competencia.
Participa en coordinación con la Dirección Regional de Educación, en la concertación, acreditación y certificación de universidades e institutos superiores para formación, certificación y recertificación de los recursos humanos en salud.
Otras Funciones del Puesto :
Elabora las Directivas, formatos, matrices para el acopio de información para la gestión y desarrollo de recursos humanos a nivel sectorial.

Asesora a las distintas unidades en los procesos de control de los RR.HH, en coordinación la Oficina de Gestión de las Personas.
Participa en el diseño del Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.
Participa, elabora en la evaluación de indicadores y la identificación de la Brechas de Recursos Humanos.
Difunde, adecua, y controla la aplicación de la normativa nacional y regional de salud en su ámbito de su competencia.
Organiza y controla el consolidado del personal a través de la información proporcionada por los PLH.
Elabora las políticas sectoriales de gestión y desarrollo de los RHUS de acuerdo a las necesidades sectoriales.
Organiza y controla el archivo de la documentación de su competencia.
Identifica los requerimientos, participa en la aprobación de procesos de selección, incorpora, controla efectúa el desarrollo de personal de su unidad orgánica en coordinación con la Oficina de Operaciones.
Otras funciones que le asigne su jefe inmediato.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales
Gobierno Regional
Dirección Regional de Educación
V. Requisitos :
5.1 Formación Académica

( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado

5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes
Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Derecho e Ingeniería afines a las ciencias

administrativas.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Gestión de RRHH	Obligatorio: Gestión de RRHH
Deseable: Gestión del Talento Humano	Deseable: Gestión Pública
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -----	Obligatorio: -----
Deseable: Gestión del Talento Humano	Deseable: -----
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(X) Sí según corresponda	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(X) Sí según corresponda	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Normatividad Vigente de RRHH: Nivel Intermedio (2) Diseño de PAP: Nivel Intermedio (3) Herramientas de RRHH : Nivel Intermedio (4) Documentos de Gestión: Nivel Intermedio (5) Ofimática: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio

Paquetes informáticos	Nivel Básico
Idiomas:	
Inglés: ---------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	(X) Jefe de Oficina
(X) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
(X) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
(X) Sí según corresponda	( ) No
VI. Destrezas	
P: Manejo de Recursos Humanos (52), Trabajo en Equipo (22) D: Organización de la Información (13), Monitoreo y control (9) C: Selección de Equipo (32)	
VII. Competencias Generales	
(1) solución de problemas (2) trabajo en equipo (3) comunicación en base a interculturalidad (4) capacidad de organización y planificación	

Perfil del Puesto del Especialista en Gestión del Trabajo

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Gestión del Trabajo
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta :
Director de Desarrollo de Recursos Humanos
I.4 Puestos que supervisa :
Ninguno
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de gestión del trabajo de la Dirección de Recursos Humanos de la DIRES.
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Asesora a las distintas unidades en el desarrollo de procesos de reclutamiento y selección en base al mérito, perfiles de puestos y competencias, en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas.
Define metodología e instrumentos para que Redes estimen requerimientos y brechas de RHUS para todos los niveles de atención de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y locales.
Brinda asistencia técnica a las Redes para diseñar Planes y estrategias para cubrir la brecha de RHUS.
Evalúa y emite opinión Técnica en procesos de reclutamiento y selección de personal de las redes de salud y hospitales
Otras Funciones del Puesto :
Elabora indicadores para la gestión de RHUS en el ámbito de su competencia
Mantiene actualizada la base de datos del inventario regional del personal de salud.
Asesora las distintas unidades orgánicas en la descripción y análisis de puestos de trabajo, incluyendo perfiles de puestos y sus respectivas competencias para el puesto.

Define o adapta metodología e instrumentos para el diseño y normalización de competencias laborales en salud.
Mantiene actualizada la información de gestión y desarrollo de RHUS en el área de su competencia.
Asesora en el diseño de instrumentos para evaluar candidatos de acuerdo a los perfiles de puesto y competencias definidos, en coordinación con las unidades técnicas.
Implementa los procesos de la gestión de RHUS en el área de su competencia.
Elabora las Resoluciones administrativas de la institución de acuerdo a la normatividad vigente.
Evalúa y emite opinión Técnica en procesos de reclutamiento y selección de directores de redes de salud y hospitales, en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas del GORESAN.
Participa en el diseño del Plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos en salud a nivel sectorial e institucional.
Participa en el diseño del Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes.
Participa en el diseño del diagnóstico institucional y sectorial de RHUS, en el área de su competencia
Organiza y controla el archivo de la documentación de su competencia.
Elabora estudios de mercado de la Oferta y Demanda laboral.
Otras funciones que le asigne su jefe inmediato.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales
Gobierno Regional
V. Requisitos :
5.1 Formación Académica

( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	(X) Universitario completo

( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Derecho Laboral, Ingeniería Industrial Organizacional y administración	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(X) Cursos	(X) Diplomados
Obligatorio: Reclutamiento y selección del personal Planificación de los RRHH	Obligatorio: Gestión de RRHH
Deseable: -----	Deseable: -----
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -----	Obligatorio: ------
Deseable: Gestión de los Recursos Humanos	Deseable: -----
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(X) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Conocimiento de la normativa vigente para la contratación del personal del estado: Nivel Intermedio (2) Conocimiento de Herramientas de Gestión de RRHH: Nivel Intermedio (3) Legislación laboral: Nivel Básico (4) Gestión Pública: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio

Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Básico
Idiomas:	
Inglés: ---------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
(x) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
VI. Destrezas	
P: Orientación/Asesoramiento, Organización de la información D: Pensamiento crítico C: Selección de equipo	
VII. Competencias Generales	

(1) Trabajo en equipo (2) Capacidad de organización y planificación

Perfil del Puesto del Especialista en Desarrollo y Gestión del desempeño

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Especialista en Desarrollo y Gestión del desempeño
I.2 Unidad a la que pertenece :
Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta :
Director de Desarrollo de Recursos Humanos
I.4 Puestos que supervisa :
Ninguno
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de gestión del desarrollo y desempeño del personal de la institución.
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Elabora directivas para el diseño de Planes individuales de mejora del desempeño cualitativo y cuantitativo en función a las brechas encontradas, al PDP y la normatividad vigente; supervisa la ejecución a nivel de las redes de salud.
Elabora políticas y directivas de desarrollo del personal y define líneas de carrera en base al mérito, tiempo de permanencia y competencias para el cargo.
Realiza, evalúa los procesos de inducción del personal de las distintas unidades orgánicas de la DIRES incluyen programa SERUMS, y Supervisa su ejecución en las Redes de Salud
Implementa y Supervisa el diseño de planes de capacitación de las distintas unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud y sus órganos desconcentrados, en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas.
Otras Funciones del Puesto :

Elabora directiva para la supervisión, el monitoreo y la evaluación del desempeño cualitativo y cuantitativo del personal de salud.
Formula y evalúa los procesos técnicos de evaluación del desempeño del personal de las distintas unidades orgánicas de la DIRES en coordinación con la Oficina de Gestión de las Personas (Gobierno Regional de San Martín)
Elabora indicadores para la gestión de RHUS en el ámbito de su competencia
Realiza y evalúa los procesos técnicos de certificación de las actividades de capacitación y desarrollo de los trabajadores de la institución, incluyendo las competencias adquiridas y demostradas.
Participa en el diseño del Plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos dentro del ámbito de competencias.
Gestiona los programas e implementa las normas del internado, servicio rural de salud (SERUMS) y segunda especialización en el ámbito regional.
Asesora a las distintas unidades orgánicas en los procesos de desarrollo de los RRHH.
Participa en el diseño del diagnóstico institucional y sectorial de RHUS, en el área de su competencia
Propone formas de reconocimiento al personal de acuerdo a la normatividad vigente
Elabora el informe de evaluación del PDP de acuerdo a normatividad vigente.
Organiza y controla el archivo de la documentación de su competencia.
Mantiene actualizada la información de gestión y desarrollo de RHUS en el área de su competencia.
Participa en la calificación de la sede docente de acuerdo a la norma vigente.
Participa en el Comité de Becas de la institución para la evaluación de los expedientes de los postulantes y el otorgamiento de las becas.
Otras funciones que le asigne su jefe inmediato.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Todas las unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud
4.2 Coordinaciones Externas
Oficina de Operaciones - Salud, Redes y Hospitales
Gobierno Regional

Universidades e Institutos	
Colegios profesionales	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	(x) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Derecho Laboral, Ingeniería afines a las ciencias administrativas.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Evaluación de desempeño, capacitación e inducción del personal.	Obligatorio: Dirección Estratégica en RRHH
Deseable: Gestión de los RRHH	Deseable: Estrategia del desarrollo Humano
(x) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio: -----	Obligatorio: ------
Deseable: Gestión Pública	Deseable: -------
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	

(1) Conocimiento de la normativa vigente para la programación de capacitación e inducción de Recursos Humanos y Programas de Internado, residentado Médico y SERUMS: Nivel Intermedio (2) Evaluación del desempeño del Personal: Nivel Intermedio (4) Gestión Pública: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Básico
Idiomas:	
Inglés: --------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
(X) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
03 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
01 año	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
01 año	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	

(x) Sí según corresponda	( ) No

VI. Destrezas

P: Orientación y asesoramiento, Trabajo en equipo,
D: Organización de la información, Manejo del equipo
C: Manejo de Recursos Materiales

VII. Competencias Generales

(1) Calidad y mejora
(2) Orientación a los resultados
(3) Influencia y Negociación

OFICINA DE OPERACIONES – SALUD (OOS) DE LA DIRESA

ROF DE LA OFICINA DE OPERACIONES – SALUD

Artículo 180.- Oficinas de Operaciones - Salud. Las Oficinas de Operaciones - salud son órganos desconcentrados de la Dirección Regional de Salud, responsables de asegurar los servicios de apoyo requeridos para el desarrollo de las funciones de las Redes de Salud, Hospital y servi¡ci¡os regionales de su jurisdicción; para tal efecto administran los recursos, ejecutan el presupuesto y gestionan los sistemas admini¡strati¡vos. Asume la ti¡tulari¡dad de la UE

ROF DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA DE OPERACIONES - SALUD

Artículo 182.-Unidad de Gestión Administrativa. La Unidad de Gestión Administrativa es el área de apoyo de la Oficina de Operaciones responsable del funcionamiento de los sistemas administrativos de personal, contabilidad, tesorería, logística y patrimonio para atender de manera oportuna los requerimientos de las Redes de Salud, Hospital y servicios regionales en su jurisdicción.

ROF DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA DE OPERACIONES - SALUD

Artículo 184.-Unidad de Gestión Presupuestal. La Unidad de Gestión Presupuestal es área de asesoramiento de la Oficina de Operaciones -salud encargada de conducir los procesos de programación y gestión presupuestaria correspondiente a las Redes de salud, Hospital y servicios

Regionales de salud.

Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de Gestión Administrativa

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de la Unidad de Gestión Administrativa (UGA)
I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de Operaciones - Salud (OOS)
I.3 Puesto al que reporta :
Director Administrativo de la OOS
I.4 Puestos que supervisa :
Jefes de las Áreas de Personal, Contabilidad, Tesorería, Logística y Control Patrimonial de la UGA
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento de la Unidad de Gestión Administrativa.
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Organiza, dirige y controla los Sistemas Administrativos de personal, contabilidad, tesorería, logística, patrimonio y cobranzas coactivas, conforme establece las normas sobre dichas materias con la asistencia del área de soporte informático.
Supervisa la ejecución de los procesos de selección para atender las necesidades de recursos materiales y de servicios de las Redes de Salud, Hospitales y establecimientos referenciales.
Dirige la formulación de los estados financieros y presupuestarios de las Redes de Salud, Hospital y servicios referenciales.
Supervisa el pago oportuno de las remuneraciones y pensiones y cese del personal de las Redes de Salud, Hospitales y servicios referenciales.
Otras Funciones del Puesto :
Supervisa la actualización de la información del Registro de sanciones, destitución y despido del personal de las Redes de Salud, Hospitales y servicios referenciales, en coordinación con la Dirección de Operaciones-Salud y Oficina de Gestión de las Personas del Gobierno Regional.

Presenta a la Dirección de Oficina de Operaciones de Salud el Plan de Anual de Contrataciones, Plan Anual de Mantenimiento de Infraestructura, el Plan Anual de Mantenimiento de Equipos Biomédicos y Electromecánicos e Instalaciones y el Plan Anual de Servicios y Administración Patrimonial de las Redes de Salud a cargo y controla su ejecución.
Propone directivas Internas e Instrumentos de Gestión, relacionadas con los Sistemas Administrativos a su cargo.
Presenta a la Dirección Regional de Salud y al Titular del Pliego los Estados Financieros de la Unidad Ejecutora en su conjunto.
Coordina con el Director de la Oficina de Operaciones el cumplimiento de los términos contractuales y convenios dentro de los alcances de su competencia.
Coordina con la Unidad de Gestión Presupuestal y la Dirección de Operaciones-Salud en las fases de programación y formulación presupuestaria de las Redes de Salud, Hospitales y establecimientos referenciales.
Administra los bienes muebles e inmuebles de las Redes de Salud, Hospitales y servicios referenciales.
Verifica la actualización del margesí de bienes.
Elabora y propone el Plan Operativo (POI), Plan de Capacitación y presupuesto de los sistemas administrativos a su cargo, y controla su ejecución.
Otras funciones que le sean asignadas por el Jefe de la Oficina de Operaciones de la Dirección Regional de Salud en el marco de sus competencias.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Redes de Salud y Hospitales
Dirección de la OOS y Jefatura de las Áreas de Personal, Contabilidad, Tesorería, Logística y Control Patrimonial de la UGA
Jefatura de la Unidad de Gestión Presupuestaria (UGP)
4.2 Coordinaciones Externas
Dirección Regional de Salud de San Martin
Dirección de Operaciones - Salud
Gobierno Regional de San Martin
V. Requisitos :

5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(x) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias Administrativas y Contables, Ciencias económicas, Ingeniería afines a las ciencias administrativas, Derecho.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Gestión de recursos humanos, Gestión pública, Gestión de contrataciones, Ofimática	Obligatorio: Gestión Pública, Contrataciones del Estado.
Deseable:	Deseable:
(x) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable: Magister en Administración Pública, Magister en Gerencia Pública, Magister en gestión por Procesos.	Deseable:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Conocimiento del Sistema Administrativo de Personal: Leyes y reglamentos: Nivel Intermedio (2) Conocimiento de la Ley de Contrataciones del Estado y su reglamento: Nivel Intermedio (3) Conocimiento del Sistema Nacional de Bienes Nacionales: Nivel Intermedio (4) Conocimiento del Sistema Nacional de Presupuesto Público, Tesorería y Contabilidad: Nivel	

Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Avanzado
Hoja de cálculo	Nivel Avanzado
Presentaciones	Nivel Avanzado
Correo Electrónico	Nivel Avanzado
Paquetes informáticos	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: ---------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	(x) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 año	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
2 año	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	

( ) Sí	(x) No
VI. Destrezas	
P: Trabajo en equipo (22) D: Organización de la información (13), Planificación (17) PCD: Monitoreo y control (9)	
VII. Competencias Generales (opcional)	
(1) Compromiso ético (2) Capacidad de Planificación y Organización (3) Calidad y mejora continua (4) Soluciona problemas	

Perfil del Puesto del Jefe de Área de Contabilidad

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de Área de Contabilidad
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión Administrativa
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la UGA
I.4 Puestos que supervisa :
Equipo técnico de Contabilidad
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema contable de la institución
III. Funciones esenciales del Puesto :
Verifica la Contabilización en el módulo SIAF SP para la formulación de los estados financieros mensual y anual.
Verifica la contabilización en el SIAF los recibos de ingresos.

Implementa y propone Directivas Internas e Instrumentos de Gestión, relacionadas con los Sistemas Administrativos a su cargo.
Revisa el ingreso de notas de contabilidad mensuales y anuales registrados en el Módulo Contable SIAF.
Otras funciones del Puesto :
Revisa los documentos sustentatorios de gastos de caja chica para su contabilización.
Programa, dirige y supervisa los arqueos a los fondos fijos, encargos y otros fondos.
Revisa la elaboración de notas de contabilidad mensual y anual.
Formula, Supervisa y presenta los estados financieros mensual, trimestral, semestral y anual.
Coordina con la Unidad de Logística para la solicitud de información que entrega sobre la entrada y salida de bienes del almacén.
Coordina con el Control Patrimonial sobre la información del movimiento de bienes no depreciables y activo fijo.
Controla el pago de obligaciones tributarias
Otras funciones que le asigne el jefe inmediato
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Redes de Salud : Oficinas de Enlace de las y Hospitales
4.2 Coordinaciones Externas
Dirección de Operaciones - Salud
Oficina Regional de Contabilidad
Oficina Regional de Presupuesto
Gobierno Regional
MEF - MINSA
DARES - MINSA
ONP
TESORO PÚBLICO
ELECTRO ORIENTE SA
SUNAT

BANCO DE LA NACIÓN	
EMAPA SAN MARTIN	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Profesional de Ciencias Contables	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
1. Conocimiento del Sistema Nacional de Contabilidad y Sistema Nacional de Presupuesto Público: Nivel Avanzado. 2. Conocimiento del Sistema Integrado de Administración Financiera-SIAF: Nivel Avanzado. 3. Conocimiento de las Normas de Control: Nivel Intermedio.	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio

Paquetes informáticos	Nivel Básico
Idiomas:	
Inglés: ---------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
VI. Destrezas	
P: Pensamiento Analítico (20), Orientación/Asesoramiento (25). M: Monitoreo y control (9)	
VII. Competencias Generales	
(1) Compromiso ético (2) Calidad y mejora continua	

Perfil del Puesto del Jefe de Área de Tesorería

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de Área de Tesorería
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión Administrativa
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la UGA
I.4 Puestos que supervisa :
Equipo técnico de Tesorería
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema contable de la institución
III. Funciones esenciales del Puesto :
Coordina, supervisa y controla la utilización de los fondos para pagos en efectivo.
Evalúa los informes técnicos de desarrollo del movimiento de los fondos a través del SIAF.
Controla el registro cartas fianzas, garantías, pólizas de seguros, fondos y valores dejados en custodia.
Revisa la información financiera de los ingresos de las diferentes fuentes.
Otras funciones del Puesto :
Supervisa las actividades del control de ingresos y egresos financieros e información contable y de pagaduría.
Supervisa el Pago de Planillas de Haberes, Honorarios, Servicios Públicos, Impuestos, Proveedores,
Visa y firma los comprobantes de pago y cheques emitidos.
Formula directivas para la aplicación del Sistema de Tesorería.
Coordina y programar el calendario de pagos.
Supervisa el adecuado y oportuno registro de libros auxiliares y archivos documentarios.
Coordina la formulación del plan de trabajo de Tesorería.

Verifica el cierre de operaciones al término del ejercicio.	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Oficinas de Enlace de las Redes de Salud	
Redes de Salud y Hospitales	
4.2 Coordinaciones Externas	
Dirección de Operaciones - Salud	
Oficina Regional de Administración	
Gobierno Regional	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	( ) Universitario completo
(x) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Administrador, economista, contador, Ing. Administrativo	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	(x) Título Técnico
( ) Bachiller	( ) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
( ) Sí	(x) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
( ) Sí	(x) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	

Contabilidad Gubernamental Integrada e Informática: Nivel Intermedio. Manejo del Sistema Integrado de Administración Financiera - SIAF-SP: Nivel Básico. Sistema Nacional de Contabilidad Gubernamental: Nivel Intermedio Sistema Nacional de Presupuesto Público: Nivel Intermedio Gestión: Nivel intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos	Nivel Básico
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	( ) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
( ) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
1 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
1 año	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1año	

VI. Destrezas
Capacidad de Planificación y Organización
VII. Competencias Generales (opcional)
Calidad y mejora continua

Perfil del Puesto del Jefe de Área de Logística

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe del Área de Logística
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión Administrativa (UGA)
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la UGA
I.4 Puestos que supervisa :
Equipo técnico del Área de Logística
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de logística de la institución
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Supervisa y controla los procesos técnicos del sistema de almacenamiento y distribución de bienes.
Propone la conformación de los Comités Permanentes y Especiales para desarrollar los procesos de Selección de contrataciones de bienes y servicios.
Consolida y propone el Cuadro de Necesidades y el Plan Anual de Contrataciones en el ámbito de su jurisdicción en el marco de los planes y programas de salud de las Redes y Micro Redes, a ejecutarse durante el ejercicio presupuestal.

Desarrolla, ejecuta y controla los procesos técnicos de contratación de bienes y servicios acorde a la legislación vigente, para satisfacer los requerimientos de las Redes de Salud de su ámbito jurisdiccional.	
Otras Funciones del Puesto :	
Ejecuta y controla el presupuesto de bienes y servicios de las Redes y Micro Redes de Salud del ámbito de su jurisdicción.	
Supervisa a través del SIGA y SIAF el control del presupuesto para la contratación de bienes y servicios.	
Dirige y supervisa las acciones de mantenimiento de equipos, infraestructura y servicios generales.	
Dirige la elaboración del Plan de Capacitación del Área de Logística	
Provee el soporte técnico y de mantenimiento para los equipos mecánicos, eléctricos y electrónicos de las Redes de Salud.	
Otras funciones que le asigne el jefe inmediato	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Redes de Salud : Oficinas de Enlace, y Hospitales	
Director Administrativo de la OOS	
Unidades Orgánicas de la OOS	
4.2 Coordinaciones Externas	
PROVEEDORES	
OSCE	
MEF	
GOBIERNO REGIONAL	
UNIDADES EJECUTORAS	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	(x) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	

Ciencias Administrativas y Contables, Economía, Ingeniería Industrial, Derecho.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	(x) Diplomados
Obligatorio: Sistema Nacional de Abastecimiento, Contrataciones del Estado.	Obligatorio:
Deseable: Acreditado por el OSCE, SIAF, SIGA, SEACE.	Deseable: Gestión Pública
( ) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable:	Deseable:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Sistema Administrativo de Abastecimiento: Nivel Avanzado (2) Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento (Certificado por el OSCE): Nivel Avanzado (3) Sistema Administrativo de Presupuesto Público: Nivel Intermedio (4) Ley General de Presupuesto Público: Nivel Intermedio (5) Gestión Pública: Nivel Básico	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio

otro: SIAF-SP, SIGA, SEACE	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: ---------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
2 año	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
( ) Sí	(x) No
VI. Destrezas	
P: Planificación (17), Trabajo en Equipo (22) PDC: Identificación de Problemas (11); Monitoreo y Control (9)	
VII. Competencias Generales	
(1) Compromiso Ético (2) Trabajo en Equipo (3) Solución de Problemas (4) Capacidad de Organización y Planificación	

Perfil del Puesto del Jefe de Área de Personal

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe del Área de Personal
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión Administrativa (UGA)
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la UGA
I.4 Puestos que supervisa :
Equipo técnico del Área de Personal
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de personal de la institución
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Dirige la implementación de políticas y prácticas de RRHH vinculadas al ingreso, control, movilidad y salida del personal.
Supervisa la elaboración de las Planillas de remuneraciones y pensiones; beneficios y liquidaciones de los trabajadores.
Formula y ejecuta el Plan Operativo del área de Personal y supervisa su aplicación.
Formula y ejecuta el Plan Operativo del área de Personal y supervisa su aplicación.
Otras Funciones del Puesto :
Dirige el diseño del Presupuesto Analítico de Personal en coordinación con la Unidad de Gestión Presupuestal.
Participa en el diseño del Cuadro Analítico de Personal.
Participa en la definición de requerimientos de recursos humanos y la dotación adecuada de los mismos.
Conduce el proceso de descripción y análisis de los puestos de trabajo; que incluye la definición de los requisitos y competencias para ocuparlos.

Define políticas y prácticas retributivas, monetarias y no monetarias, y el ordenamiento de las remuneraciones, prestaciones e incentivos por rendimiento.
Recepciona informe del personal SERUMS, y realiza el pago.
Participa como miembro o designa un representante de Comités en: concursos públicos de méritos, nombramiento, procesos CAS, desplazamiento, procesos administrativos disciplinarios.
Mantiene el registro de la ubicación del personal de todas las dependencias a su cargo.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Redes de Salud: Oficina de Enlace y Hospitales
4.2 Coordinaciones Externas
Dirección de las Oficinas de Operaciones - Salud
Oficina Regional de Administración
Gobierno Regional de San Martín
MINTRA
SERVIR
MEF
V. Requisitos :
5.1 Formación Académica

( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado

5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes
Ciencias Administrativas, Derecho, Relaciones Industriales, Ingeniería afines a las ciencias administrativas.
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido

( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado

Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	( ) Diplomados
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable: Gestión de RRHH, Gestión Pública	Deseable:
(X) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable: Gestión de RRHH, Gestión Pública	Deseable:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Conocimiento de la Normatividad vigente relacionada a la gestión de recursos humanos en salud: Nivel Intermedio (2) Conocimientos de herramientas de gestión de recursos humanos: Nivel Intermedio. (3) Conocimientos de indicadores de gestión de recursos humanos: Nivel Intermedio. (4) Conocimientos sobre legislación laboral, remuneraciones y beneficios sociales: Nivel Intermedio (5) Conocimientos sobre la Normatividad del Sistema Nacional del Presupuesto Público: Nivel Básico.	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
otro:	
Idiomas:	
Inglés: ---------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	

Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
2 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
1 año	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
( ) Sí	(x) No
VI. Destrezas	
P: Trabajo en equipo (22), manejo de recursos humanos (52). D: Evaluación de sistemas organizacionales (47), organización de la información (13). C: Operación y control (37), análisis de operaciones (30) PCD: Monitoreo y control (9)	
VII. Competencias Generales	
(1) Compromiso ético (2) Capacidad de Planificación y Organización (3) Calidad y mejora continua (4) Capacidad resolutiva	

Perfil del Puesto del Jefe de Área de Patrimonio

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de Área de Patrimonio
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión Administrativa (UGA)
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la UGA
I.4 Puestos que supervisa :
Equipo técnico del Área de Patrimonio
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema de patrimonio de la institución.
III. Funciones esenciales del Puesto :
Organiza y conduce el proceso de saneamiento físico legal de inmuebles, muebles y terrenos de propiedad de la institución, en el ámbito de su competencia.
Conduce, organiza y controla el registro de los bienes considerados activo fijo, adquiridos por la institución (a título oneroso o gratuito), por medio del SIGA patrimonial y SIMI.
Implementa y supervisa la asignación de bienes a cada servidor por medio de sus carpetas patrimoniales
Solicita, organiza y supervisa la toma de Inventario físico de bienes de la institución.
Otras funciones del Puesto :
Coordina con Contabilidad la determinación del valor de depreciación de los bienes de la Entidad, para el cierre contable.
Organiza, conduce y supervisa la identificación del estado de conservación de los bienes patrimoniales para su adecuado funcionamiento y uso.
Dirige el proceso de alta, baja y venta de bienes dados de baja de la entidad
Asesora y atiende consultas técnico administrativo sobre la normatividad de la Superintendencia de Bienes Nacionales.

Supervisa la actualización permanentemente del desplazamiento de los bienes
Gestiona la contratación de Seguros para los activos de propiedad de la entidad, vehículos y otros que ameriten.
Otras funciones que le asigne el jefe inmediato
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Redes de Salud: Oficina de Enlace y Hospitales
Oficina de Operaciones - Salud: Contabilidad, Logística
4.2 Coordinaciones Externas
Gobierno Regional: Oficina Regional de Administración - Patrimonio
Dirección de Operaciones - Salud
MEF
SUNAT
Aseguradoras
Municipalidades
SUNARP
Superintendencia de Bienes Nacionales

V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias Administrativas y Contables, Ingeniería afines a las ciencias administrativas.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(X) Título Profesional

( ) Maestría	( ) Doctorado
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	
(1) Normas de la Superintendencia de Bienes Nacionales: Nivel Intermedio (2) Sistema de Gestión Administrativa Patrimonial - SIGA Patrimonial: Nivel Intermedio (3) Normas sobre toma de inventario físico de bienes: Nivel Intermedio	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos: SIGA, SIAF, SIMI	Nivel Intermedio
Idiomas:	
Inglés: ---------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
(x) Profesional Administrativo.	( ) …..

5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
02 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
01 año	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
01 año	
VI. Destrezas	
P: Trabajo en equipo (22) D: Organización de la Información (13), Pensamiento Analítico (20), C: Análisis de Operaciones (30) M: Monitoreo y control (9)	
VII. Competencias Generales	
(1) Trabajo en Equipo (2) Capacidad de Organización (3) Planificación (4) Compromiso Ético	

Perfil del Puesto del Jefe de la Unidad de Gestión Presupuestal

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de la Unidad de Gestión Presupuestal
I.2 Unidad a la que pertenece :
Oficina de Operaciones - Salud (OOS)
I.3 Puesto al que reporta :
Dirección de la Oficina de Operaciones - Salud (OOS)
I.4 Puestos que supervisa :

Oficina de Programación, formulación y evaluación presupuestaria & Oficina de Ejecución Presupuestaria
II . Objetivo del puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar la ejecución presupuestal de acuerdo a normatividad.
III. Funciones esenciales del Puesto :
Supervisa y controla los sistemas administrativos de presupuesto e inversión pública en coordinación con las Redes de Salud y, Hospital, en coordinación con la Dirección de Operaciones-Salud y la Gerencia Regional de Planificación y Presupuesto del GORESAM.
Administra la ejecución del presupuesto asignada a las Redes de Salud y Hospital de su jurisdicción e informa a la Oficina de Operaciones.
Propone a la Dirección de la Oficina de Operaciones el presupuesto de las Redes de Salud y Hospital, en coordinación con la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial de la DIRES, en el marco de los lineamientos aprobados.
Supervisa la Certificación oportuna de los recursos presupuestales necesarios a las Redes de Salud y Hospital, para el cumplimiento de sus objetivos y metas.
Otras funciones del Puesto :
Realiza el monitoreo y evalúa la ejecución de las metas presupuestales de los planes, programas y proyectos de las Redes de Salud y Hospital de su jurisdicción.
Elabora y propone el Plan Operativo (POI), Plan de Capacitación y Presupuesto de los Sistemas Administrativos a su cargo y controla su ejecución.
Dirige y coordina los procesos de gestión presupuestal, inversión pública y gestión institucional en las Redes de Salud y Hospital según corresponda.
Formula y propone disposiciones técnico normativas o reglamentarias sobre materias vinculadas con su ámbito de responsabilidad, en coordinación con la Dirección de la Oficina de Operaciones- Salud.
Coordina y participa en la gestión del financiamiento externo destinado a las Redes de Salud y Hospital de su jurisdicción, conforme a las normas legales vigentes y en coordinación con la Dirección de la Oficina de Operaciones-Salud y la Oficina de Planificación Estratégica Sectorial de la DIRES.
Otras funciones que le asigne el jefe inmediato…
IV . Coordinaciones :

4.1 Coordinaciones Internas	
Redes de Salud y Hospitales	
Oficina de Operaciones - Salud: Contabilidad, Logística, personal	
4.2 Coordinaciones Externas	
Gobierno Regional: Oficina Regional de Planificación y presupuesto	
Dirección de Operaciones - Salud	
MEF	
MINSA	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto	(X) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias Administrativas, Contables y Económicas, Ingeniería afines a las ciencias administrativas.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	

(1) Normas del sistema administrativo de presupuesto: Nivel Intermedio. (2) Sistema presupuestal - SNPP y SIAF-SP: Nivel Intermedio. (3) Normas del sistema nacional de inversión pública (SNIP): Nivel Intermedio.	
5.2.1 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
Paquetes informáticos: SIAF-SNPP	Nivel Básico
Idiomas:	
Inglés: ---------- ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
(x) Profesional Administrativo	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller	
03 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
02 años	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano	
02 años	

VI. Destrezas
P: Trabajo en equipo (22) D: Organización de la Información (13), Pensamiento Analítico (20), C: Análisis de Operaciones (30) M: Monitoreo y control (9)
VII. Competencias Generales
(1) Trabajo en Equipo (2) Capacidad de Organización (3) Planificación (4) Compromiso Ético

Perfil del Puesto del Jefe del Área de Gestión Presupuestal

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe del Área de Gestión Presupuestal
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión Presupuestal (UGP)
I.3 Puesto al que reporta :
Director Ejecutivo de la Oficina de Operaciones
I.4 Puestos que supervisa :
Equipo de Gestión Presupuestal
II . Objetivo del Puesto :
Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento el área de gestión presupuestal de la UGP de la institución.
III. Funciones Esenciales del Puesto :
Dirige el proceso presupuestario en las fases de programación, formulación, para el logro de los objetivos y metas programadas en un presupuesto multianual de la Oficina de Operaciones-Salud.

Formula el presupuesto según la Estructura Funcional y la Estructura Programática del presupuesto institucional de la entidad para las categorías presupuestarias Acciones Centrales y APNOP.
Coordina con los responsables de programación y ejecución presupuestal de las unidades orgánicas y órganos desconcentrados, para el logro de las funciones del proceso de planeamiento y del correcto y eficiente uso de los recursos financieros de acuerdo a la normatividad vigente.
Supervisa el registro de la programación física y financiera de las actividades, acciones de inversión y/u obras de las categorías presupuestarias, según normatividad vigente.
Otras Funciones del Puesto :
Coordina con la Dirección Regional de Salud sobre las modificaciones presupuestarias de las diferentes fuentes de financiamiento aprobadas por el Pliego.
Coordina, ejecuta y controla la certificación del crédito presupuestario, que este de libre de afectación para cumplir con los objetivos y metas Institucionales tomando como base el Plan Anual de Adquisiciones.
Prioriza los presupuestos asignados en función a la programación de compromisos anual (PCA).
Supervisar el Cumplimiento de las normas de acuerdo a Ley de Presupuesto para la ejecución presupuestal y guías técnicas de cada fuente de financiamiento Institucional.
Ejecuta la priorización de los presupuestos asignados en función a la programación de compromisos anual (PCA)
Coordina, ejecuta y controla la certificación del crédito presupuestario, que este de libre de afectación para cumplir con los objetivos y metas Institucionales tomando como base el Plan Anual de Adquisiciones.
Dirige el control del gasto y el proceso de ejecución presupuestaria de las Redes de Salud de la jurisdicción e informa a la Dirección de Operaciones.
Analiza la información para disponibilidad presupuestal enviada por las Unidades Orgánicas de la Dirección Administrativa para su trámite correspondiente
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Redes de Salud: Oficina de Enlace, y Hospitales
Oficina de Operaciones - Salud: Contabilidad, Administración
4.2 Coordinaciones Externas
Gobierno Regional: Oficina Regional de Administración - Planificación y Presupuesto
Dirección de Operaciones - Salud

MEF	
MINSA: Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(x) Universitario completo
( ) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ciencias Administrativas y Contables, Economía, Ingeniería Industrial, Ingeniería administrativa.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Título Técnico
( ) Bachiller	(x) Título Profesional
( ) Maestría	( ) Doctorado
Otros estudios (post grado)	
(x) Cursos	( ) Diplomados
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable: SIGA, SIAF-SP, Modulo del Proceso presupuestario	Deseable:
(x) Maestría	( ) Doctorado
Obligatorio:	Obligatorio:
Deseable: Gestión Pública, Gestión Empresarial, Economía y Finanzas.	Deseable:
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos para el puesto	

(1) Sistema Administrativo: Presupuesto Público: Nivel Intermedio (2) Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público: Nivel Intermedio (3) Ley General de Presupuesto Público: Nivel Intermedio (4) Ley General del Sistema de Endeudamiento Público: Nivel Intermedio (5) Normas sobre programación y formulación, y ejecución del presupuesto público: Nivel Intermedio (6) Presupuesto por Resultados: Nivel Intermedio
5.2.1 Conocimientos complementarios

Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Intermedio
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Intermedio
Correo Electrónico	Nivel Intermedio
otro: SIGA, SIAF-SP, Modulo del Proceso presupuestario	Nivel Intermedio

Idiomas:
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído
5.3 Experiencia Laboral :
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa

( ) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
( ) Asistente	( ) Jefe de Oficina
(x) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..

5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del bachiller
02 años
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo
01 año
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios al Estado Peruano

01 año	
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
( ) Sí	(x) No
VI. Destrezas	
P: Trabajo en equipo (22) D: Destrezas matemáticas (5), Pensamiento analítico (20) C: Análisis de operaciones (30)	
VII. Competencias Generales	
(1) Trabajo en Equipo (2) Capacidad de Organización y Planificación (3) Solución de problemas	

Appendix 8: Design of a Pilot Coordinated Management of the Health Component

DISEÑO DE UN PILOTO DE GESTIÓN ARTICULADA DEL COMPONENTE DE SALUD

USAID/Peru/Politicas en Salud

Contract No. GHS-I-10-07-00003-00

28 de Febrero del 2013

Prepared for:
Luis Seminario, COTR
USAID/Peru Health Office
Av. Encalada s.n.
Lima - Perú

Submitted by:
Abt Associates Inc.
Av. La Floresta 497 Ofic. 101
San Borja
Lima - Perú

Resumen Ejecutivo

El objetivo de la consultoría ha sido diseñar un piloto de gestión articulada de lucha contra la desnutrición crónica infantil (DCI). El ámbito de aplicación ha sido la región San Martín y en particular dos distritos de la provincia de Moyobamba (Soritor y Jepelacio). A partir de esta experiencia se tiene previsto aplicarlo en el departamento del Cusco. Se busca desarrollar un modelo de gestión articulada, congruente con el hecho suficientemente comprobado de la génesis multicausal de este problema sanitario y social; representa una forma novedosa y más adecuada de enfocar la actuación del estado. Tradicionalmente, el estado actúa en una forma totalmente fragmentada, tanto a nivel de los distintos sectores, como al interior de los mismos.

La consultoría ha identificado limitaciones y propone un nuevo modelo de operación y estructuración que permita desarrollar la potencialidad institucional y articulación intergubernamental e intersectorial, para que se esté en condiciones de cumplir con los retos que los nuevos tiempos le imponen y la vida actual y futura de las personas lo exigen.

Cabe señalar, que la consultoría tiene como objetivo desarrollar lo concerniente al piloto en el componente de salud, por lo tanto, se trabajará fundamentalmente esto, aunque se harán menciones a la articulación en el conjunto del documento.

El sector público de salud presenta, junto a logros y esfuerzos significativos, debilidades importantes originadas en limitaciones que frenan su potencialidad para el cumplimiento de su misión y de sus objetivos, centrados en la defensa de la salud para todos y, en especial, para quienes no tienen la capacidad de autofinanciar esta defensa.

Estas limitaciones tienen orígenes distintos, algunos por fuera del sistema de salud, en el modelo general y en la institucionalidad que tiene el sector público peruano, otros dentro. Estas limitaciones generan diversas debilidades tales como:

- Coberturas reducidas para niños (entre 30 y 38%) y gestantes (por regiones, entre 40 y 20%)[6] y, posiblemente, cobertura incompleta del paquete de prestaciones para su condición (no hay seguimiento longitudinal completo)
- Predominio claro de las acciones recuperativas e intramurales [7]
- Baja productividad en la atención recuperativa [2]

Explicar las limitaciones que generan los efectos mencionados, requiere una visión integral ya que, claramente, estos fenómenos tienen múltiples expresiones y probablemente no muchas causas y no pueden restringirse a tratar un pequeño conjunto de variables sin identificación de las causas primarias, como muchas veces se intenta en algunas reformas

[6] Datos tomados de la página web del MINSA, periodo enero-noviembre 2012 (http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2)

[7] Información obtenida en la consultoría, en la provincia de Moyobamba

que se han emprendido en el pasado. Tampoco, con cambios en el organigrama, como es frecuente, porque estos cambios no van al centro de los problemas.

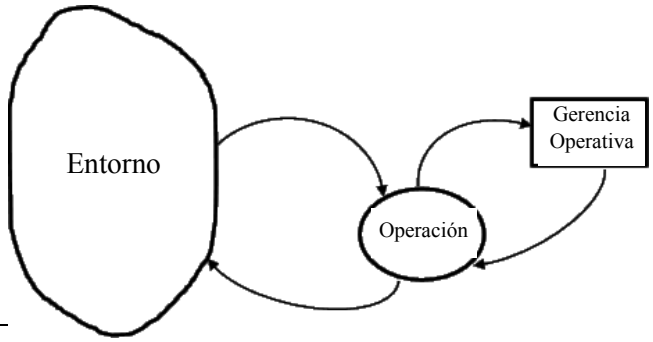
Para esto se ha utilizado en la consultoría realizada un modelo sistémico y cibernético[8] así como el enfoque de procesos para poder analizar la situación y, igualmente, para plantear los cambios que deberían realizarse.

Un tema central en la marcha de cualquier tipo de organización es el tema de la complejidad y en esto el modelo cibernético es una herramienta adecuada ya que se basa en cómo se maneja un ser vivo para enfrentar la complejidad (múltiples, sistemas, órganos, tejidos y células desarrollando muchísimas funciones y operaciones simultáneamente.

El equilibrio acá, se encuentra en la ecuación llamada "La Ley de Ashby"[9] que dice que "**Sólo la variedad absorbe a la variedad**". La Variedad, es una representación teórica de la complejidad. Representa todo lo que pasa o puede pasar. En el caso de salud, incluye desde la existencia de enfermos y enfermedades, epidemias, desastres, conocimientos generados, conflictos internos y externos, necesidades de compras, reuniones, estudios, legislación, etc. que es la variedad que se recibe; a la que se debe responder con una capacidad, llamada también variedad.

Aunque parezca muy teórico, ésta es la ecuación fundamental que sirve para evaluar y diseñar una organización: **el cumplimiento de la misión implica enfrentar el enorme y multidimensional volumen de cosas que comprenden la complejidad, tanto la que se genera afuera, como adentro.** Más aún en un sector como salud que es, quizás, el más complejo del estado, por el tema mismo de salud, por su tamaño, por el impacto que tiene en la gente.

El siguiente diagrama muestra esto a nivel de una "célula" cualquiera de la organización:[10]



[8] Se tiende a relacionar cibernética con informática o alta tecnología, en realidad es la aplicación de los mecanismos de regulación y control de los seres vivos y su significado más antiguo está relacionado a gobierno o dirección. El modelo utilizado corresponde a un modelo cibernético de la administración (Modelo del Sistema Viable, Stafford Beer, nominado por Norbert Wiener como el "Padre de la Cibernética de la Gestión"

[9] Formulada por el médico y neurólogo inglés William Ashby

[10] El modelo es totalmente escalable y puede servir para un pequeño puesto de salud como al sistema en su conjunto.

Las flechas de izquierda a derecha, representan la variedad que llega, del entorno (pacientes, accidentes, proveedores, otros sectores, etc.) a las operaciones (un establecimiento o servicio); y de las operaciones a la gerencia inmediata u operacional. Las de derecha a izquierda, representan la capacidad de "digerir" esto. Por regla general, la variedad del entorno es mucho mayor a la capacidad de las operaciones, y la de las operaciones, es mucho mayor que la capacidad de la gerencia. Sólo hay dos formas posibles de equilibrar esto:

a) Atenuar la variedad recibida, por ejemplo, filtrando lo que se recibe

b) Amplificando la propia capacidad de procesar la variedad recibida

Claro está, la variedad siempre se equilibra. Pero puede ser en una forma que no cumple con la respuesta esperada, ya que **una forma en que se equilibra la variedad es mediante la atenuación letal, ignorar lo que pasa o puede pasar**. Tarde o temprano, esto va a tener un costo.

Por eso, para cumplir la misión efectivamente, hay un cierto valor que es "La Variedad Requerida", es decir, el valor que representa el cumplimiento de la responsabilidad de la organización[11]. De lo contrario, el sistema está trabajando mal y no está cumpliendo su rol.

Poniendo como ejemplo la policía, la variedad requerida debería ser, por lo menos, acabar con las distintas formas de delincuencia o, reducirlas, si no es posible, hasta cierto nivel aceptable.

En el caso de salud, ésta tiene algunas responsabilidades con toda la sociedad, los llamados bienes públicos (incluidos los llamados bienes meritorios, significativos en el caso de la salud por las externalidades en el comportamiento de personas, colectividades, empresas, etc.), pero también, para un sector específico de aquella, los pobres (por la función distributiva).

Esto implica, producir servicios y acciones de salud dirigidos a individuos sanos y enfermos, familias y comunidades, tanto a quienes están en contacto con la infraestructura de salud como los que no pueden acceder.

La información presentada al inicio, muestra que esto no se está cumpliendo, es decir, hay un sector importante que no está llegando a recibir servicios individuales preventivos (controles), pero también servicios recuperativos; **siendo los excluidos precisamente, "los pobres de los pobres"**. También, existe una deficiencia notoria en el control de factores de riesgo en las viviendas y en las comunidades. Además de los problemas locales, existen serios problemas a nivel nacional, por ejemplo en la alta tasa de muertes por accidentes, desastres naturales, pandillaje, violencia doméstica; cuya solución no está primariamente en el sector salud, pero que evidentemente se trata de, o van a terminar en,

[11] En este caso, la responsabilidad que le da la sociedad, los "accionistas" de esta "empresa" que es el estado

problemas de salud, es decir, requieren la rectoría sectorial, por ejemplo, denunciando y sancionando a quienes no cumplen su labor.

Podemos concluir que estamos hablando de un desequilibrio en la ecuación de variedad, en la cual el sector no está siendo capaz de llegar a la "variedad requerida". Esto, evidentemente, no es fundamentalmente un problema de pasividad o desidia, **sino que el sistema tiene restricciones que lo impiden.**

En general, el sector **en lugar de amplificar su capacidad la disminuye, atenúa; y viceversa**. Veamos algunas de formas más significativas en que esto ocurre:

a) Fragmentación horizontal y vertical

El sector se organiza con cadenas verticales, como las estrategias nacionales, el sistema de información (HIS), el financiamiento (SIS y otras fuentes); pero también por niveles de gobierno, estructurados "a imagen y semejanza" del nivel central. **Esto presiona hacia abajo con requerimientos redundantes y/o contradictorios y/o sin mucha utilidad**; desde cada polo de dirección.

b) Consulta individual en establecimientos, de baja productividad

Algo que se pudo ver claramente es la poca productividad en la atención. Sólo el llenado de formatos[12] (por la fragmentación[13]) toma 20 a 30 minutos. A eso hay que agregarle la formación en prácticas saludables y, en el caso de niños, evaluación psicomotora. Junto a la consulta propiamente dicha, todo puede durar de 45 a 60 minutos, es decir, una productividad de 1 a 1.3 personas por hora.[14] Se ha atenuado la capacidad de atender.

c) Atención en zonas dispersas

Se atiende en una forma insuficiente, sobre todo en la forma de campañas eventuales, lo que sólo soluciona en forma escasa la demanda recuperativa y en forma intermitente, los controles para el seguimiento longitudinal. El control de factores de riesgos familiares y comunitarios, es aún más limitado. Nuevamente, la capacidad está atenuada.

d) Limitaciones de los sistemas de recursos y en la autonomía de los EESS

[12] Historia clínica, ficha SIS, registro HIS, formato SIEN y similar para gestantes, estrategias nacionales, libros diarios; sólo en las consultas. Además, muchos formatos y reportes adicionales

[13] En realidad, en los EESS no hay mucha fragmentación propia, sino los efectos de esto arriba

[14] El CS Soritor tiene colas para atención desde las 3 de la madrugada, y su producción diaria no es tan grande como para justificarlo

La normatividad pública crea una enorme complejidad y concentra la administración de recursos en las unidades ejecutoras. Esto genera varios problemas:

i. Los EESS, además de hacer el cálculo de sus requerimientos, deben hacer actividades adicionales, como llevar los pedidos, recoger los productos, llenar formatos de las estrategias etc.

ii. Una situación prácticamente crónica, es el abastecimiento irregular de medicamentos, vacunas e insumos[15] que limita adicionalmente el accionar de los EESS

iii. Se genera una suerte de "poder" en los órganos de logística, personal; que son los que deciden qué dan, por fuera de la discusión presupuestal y la programación operativa, adoptando una actitud de "pequeños reyes", por este poder discrecional.

iv. Los sistemas de contratación y adquisición, pueden ser una fuente de corrupción con procesos poco transparentes.

v. No utilizan los procesos el poder real que tiene el tamaño del estado, fragmentando su volumen de compra (más del 10% del PBI) en múltiples procesos en el país[16]

vi. Mantiene un estado dependiente en los EESS, que no actúan como "entidades adultas" que tengan un manejo combinado de ingresos y gastos. Con el SIS, ellos generan ingresos que no ven. Así, **se ha esterilizado un mecanismo poderoso de incentivo**, la financiación a la demanda y a los efectores reales.

vii. La lógica de las UE es distinta a la de los EESS, que está más ligada a su producción. Pero, priman las dinámicas y puntos de vista de las primeras sobre los segundos

viii. La UE está organizada de manera en que cada vez que se crea la necesidad, se genera una nueva secuencia de actividades (como consolidar, publicar, concurso, selección, etc.), lo cual considerando el nivel nacional, implica una enorme cantidad de trabajo que no aporta mucho a la salud.

ix. Genera una hipertrofia en las supuestas instancias de gobierno o gerencia, que realmente no se dedican a lo sanitario sino a los recursos. Por ejemplo, la UE 401 de Moyobamba, tiene 97 personas. De ellas, 54 hacen trabajo de recursos (56%) y 26 sanitaria (aunque gran parte de estas hacen más consolidación de información y logística de los ex-programas) y 11 de estadística. En Tarapoto, este fenómeno es mayor aún. Se amplifica lo secundario, se atenúa lo importante.

[15] Ha sido una queja general de todos los establecimientos de las MMRR Soritor y Jepelacio

[16] Cada UE lo hace varias veces x la cantidad de UE en el sector y en el estado. Para 2006, "Ciudadanos al Día" encontró que se realizaron unos 175,000 procesos en los organismos del estado (casi la mitad sin publicidad)

x. La inversión es sumamente complicada con procesos largos que desincentivan las inversiones importantes y privilegian las pequeñas (muchas veces inútiles)

e) Sistemas de planeación y control formales y limitados

Se planifica en función a datos estadísticos, totalmente desfasados (proyección del 2007), sin conexión con la población real. La programación y la formulación presupuestal, genera un trabajo intenso e importante de los EESS, no vinculado al techo presupuestal.

El control es casi inexistente, sin verificar cosas como veracidad, amplitud y calidad de la atención, coberturas reales, resultados, etc. Nuevamente, el control es estadístico.

Aunque una parte importante del financiamiento, se supone está basado en resultados (SIS y PPR), realmente no hay vinculación alguna. Es igual hacer o no hacer. Los incentivos, un amplificador importante ya que movilizan, son inexistentes o perversos.[17]

f) Organización Rígida de la Oferta

Se organiza la oferta en forma totalmente estática, sin mucha relación con la demanda. Así, en la cabecera de la MR Soritor hay 47 personas y la mayoría de EESS dependientes, tienen de 1 a 3 personas. En la provincia de Moyobamba, la mitad de los RRHH están entre la UE y el hospital.

Se utiliza criterios rígidos de nivel (1,2…) y dotaciones correspondientes fijas, sin adecuarlo a requisitos de demanda (distribución de población, accesibilidad, factores de riesgo, etc.)

g) Ausencia de incentivos Efectivos

i. El primer incentivo, para una organización, es el conocimiento de las responsabilidades a cumplir, y las consecuencias de no hacerlo. Esto no existe en el sector. No existe un padrón real y actual de la población que se tiene a cargo y la necesidad de cumplir un determinado protocolo (en el caso de niños y gestantes, de seguimiento longitudinal). Por eso, lo que predomina, es la atención por demanda, a los que llegan. Como ya se dijo, no pasa nada si esto se hace o no, ni siquiera, sobre las coberturas estadísticas. Tampoco se considera los factores de riesgo, en viviendas y comunidades.

ii. Otro incentivo (y por tanto amplificador de variedad) es la autonomía, que no existe, sobre todo en el tema de recursos

[17] Donde si funciona, es en los contratos PPR, en lo que se obliga a cumplir determinadas accionas para renovar sus contratos. Ellos se auto-llaman “los esclavos de salud”

iii. La remuneración es fija e igual por categorías, sin vinculación al rendimiento. Igual sucede con los ingresos que tiene un organismo del sector. No existe premios o distinciones para quienes hacen mejor su trabajo. El único mecanismo, son los viáticos.

iv. Obviamente, no existe un alineamiento del sector: EESS, entidades superiores, trabajadores, comunidad, etc. ante la ausencia de incentivos que lo promuevan.

En términos médicos, podríamos resumir el diagnóstico con las siguientes conclusiones:

- Problemas de visión, pues no visualiza sus responsabilidades en toda su extensión
- Astenia crónica, por la falta de incentivos y de un control institucional y social
- Movilidad restringida, por legislación restrictiva, sobre todo de recursos
- Obesidad, sobrecargado con procesos llenos de desperdicio y trabajo "de apoyo", "grasa" que genera distrofia muscular (trabajo productivo) y bajo desarrollo neuronal
- Debilidad esquelética, por dificultades para invertir y adecuar la oferta de servicios
- Parasitosis, por la corrupción y esquemas de poder en el manejo de recursos

La reversión de esta situación debe emprenderse a través de medidas que hagan lo contrario: amplifiquen la capacidad de trabajo y reduzcan, atenúen, lo que obstaculiza el trabajo, lo que en lenguaje cibernético, se denominan homeostatos o reguladores de variedad:

En la Prestación:

1) Simplificar la consulta individual:

   - Introducir plenamente el software GalenHos y eliminar los múltiples formatos
   - Retirar de los controles la sesión de prácticas saludables y hacerla en formas grupales (videos, audios, rotafolios; adecuados a cada zona)
   - Realizar una evaluación psico-física abreviada y dar mayor profundidad a quienes muestren signos de problemas

De esta forma, se puede multiplicar la productividad por 3 o 4 en las atenciones en EESS.

2) Exigir un registro de la población bajo responsabilidad, permanentemente actualizado y un sistema de programación de los controles de acuerdo al protocolo de cada grupo. Igualmente, un registro de los factores de riesgo (agua, excretas, etc.) de la vivienda y comunidad, también con un sistema que les haga seguimiento, hasta su solución.

Esto, significa un conocimiento más exacto de la situación y un reforzamiento notable de la actividad preventiva, ambos importantes atenuadores de variedad, uno en el conocimiento y otro, en la reducción de la necesidad de intervenciones recuperativas.

3) Implementar un sistema de apoyo remoto, para apoyar a EESS y Agentes Comunitarios en Salud (ACS), en casos de necesidad, para estabilizar o realizar alguna medida, para urgencias

4) Implementar servicios rotativos de personal más especializado, subiendo el nivel de la red.

5) Ampliar el papel de los ACS (encargados de manzanas o caseríos),

   - Para que mantengan actualizados los registros de personas y familias
   - Obtener que la población vaya a sus controles en el ES o al punto de atención definido para la visita a la comunidad
   - Servir de puente con el servicio remoto, en poblados, cuando no está funcionando el ES y, en zonas dispersas, cuando se presenten casos
   - Capacitar a los ACS para que puedan realizar determinadas fases del control a individuos sanos, para espaciar las visitas de personal de salud (en conjunto debe equivaler a los controles del protocolo)
   - Deberá recibir un pago sin vínculo laboral. Si no funciona, puede ser cambiado.

En el Manejo de Recursos:

6) Dotar de autonomía administrativa a los establecimientos

La autonomía es el principal amplificador de variedad, dado que divide los problemas entre más. El cuerpo humano es un ejemplo a seguir, donde el cerebro no tiene que seguir las millones de actividades que se realizan cada segundo, desde las células hasta los órganos más complejos. La reacción “superior” sólo se enciende ante un desequilibrio. Es decir, lo que la ciencia administrativa moderna denomina “Gerencia por excepción”.

Los EESS deben tener muy claras sus responsabilidades, en términos de población y comunidades y de lo que hay que hacer con estos y tener la autonomía suficiente para realizar su trabajo, pero con un sistema paralelo que siga en forma permanente su desempeño.

7) Efectivizar una verdadera financiación capitada a los establecimientos

El SIS debe fortalecerse como financiador y dirigir su financiación a los propios efectores, en tanto estos cumplan con su parte, atender bien. La capitación tiene que ser real[18], obtenida por un cálculo de las tarifas para cada grupo etario, corregida por acceso o complejidad. Con este dinero, los EESS deben tener la capacidad de adquirir los medicamentos e insumos necesarios, y contratar RRHH adicionales, bajo un sistema global que asegure calidad y transparencia.[19]

8) Utilizar sistemas de Recursos Costo-efectivos

- Los **convenios marco**[20] son parte del régimen peruano de adquisiciones. Por él, se configura un catálogo electrónico de los distintos productos de cada convenio, con precio y condiciones pre-establecidas, de los distintos proveedores que califiquen. Los establecimientos se limitarían a pedir, mediante el sistema Perú-Compra, directamente a los proveedores. Esto incluiría la entrega en el ES o a uno cercano.
- Se puede diseñar un **mecanismo de exámenes periódicos** a nivel nacional (tipo TOEFL), donde los postulantes a las distintas funciones participen y obtengan puntajes y resultados en aspectos como conocimientos, aptitud mental y hasta situación emocional. Para llenar un requerimiento, las distintas unidades y EESS pedirían estos puntajes, CV y entrevistas personales. Los puestos más exigentes o más demandados, requerirían mayores puntajes.

Con esto se evita la multitud de procesos de concurso y se reduciría en forma notable, la porción de personal que realiza esto (mucho mayor que la prestacional en las UE). Incluso, si hay deseo de favorecer a alguien, éste tendría un nivel mínimo de capacidad.

La Intervención de las instancias superiores

Hasta acá hemos visto el nivel operativo. Pero, obviamente, esto no es todo el sistema y no se asegura que el sistema global funcione bien.

Acá está otra fortaleza del modelo cibernético. **El manejo sistémico de la variedad**:

[18] Actualmente el SIS está aplicando una seudo-capitación, pero que sólo divide lo que se dio históricamente entre la cantidad de personas afiliadas.

[19] Los sueldos del personal actual podría seguir siendo pagado como hasta ahora, pero buscando una transición en el largo plazo hacia ser cubiertos por la financiación capitada.

[20] Por alguna razón, este sistema tiene poco desarrollo, uno o dos Convenios Marco vigentes, mientras que Chile tiene más de 40 y es la "alternativa preferente".

9) Enfrentando La complejidad interna y presente

Decíamos que el cerebro, y sobre todo la parte consciente, la corteza cerebral, no tiene que intervenir en todo lo que se hace en el organismo, dado que células, tejidos y órganos tienen la autonomía suficiente y los "mandatos" necesarios (en los genes) para actuar. Existe todo un sistema que recopila, en tiempo real, determinadas variables (como la temperatura o el nivel de CO_2) y actúa cuando hay desequilibrios, exteriores o interiores, para corregirlos.

La tentación "arriba" es intervenir abajo. Esto, según Beer, "no tiene la variedad necesaria".

El modelo cibernético de gestión[21], establece la figura de la "gerencia general"[22], centrada en el "aquí" (la organización) y "ahora" (el presente), que se relaciona con las operaciones con cuatro canales que le son propios:

A. Requerimientos normativos y corporativos

Algo así como las bases de la "franquicia", desde apariencia, horarios, protocolos y otras definiciones a observar, pero también, las políticas y la intervención cuando hay desajustes.

B. Negociación de recursos

Algo así como la discusión presupuestaria, pero centrada en "productos" concretos (en este caso, muy facilitada por la financiación capitada, en el primer nivel). Pago contra producto y contra resultados.

C. Rendición de cuentas

Las operaciones dan información pertinente, tipo declaración jurada, que permita hacia arriba conocer que todo está bien (si no es así, se interviene). Se puede desarrollar un tablero de mando, igual que en los aviones, que informe los aspectos críticos y "encienda" luces de peligro o advertencia (rojas o amarillas)

D. Auditoría

Se verifica, aleatoria e inopinadamente, la veracidad de la información anterior así como las cosas que hay que ver directamente, como limpieza, cumplimiento de horarios, presencia real de los profesionales, existencias, etc. las faltas a la veracidad deben ser penalizadas

[21] El Modelo del Sistema Viable

[22] Este modelo es multi-nivel, es decir, puede servir para el jefe de un ES hacia sus servicios, de la red para los EESS, de la región para las redes y del nivel central para las regiones

con mucho rigor y publicidad (como hacía la SUNAT en sus inicios), esto tiene mucha variedad, mucha amplificación, porque dice a todos “no lo hagas o…” y lo prueba.

Existe un quinto canal que es del campo de las operaciones, dado que estás (incluso un profesional respecto a otro) por cumplir su labor o por sus intereses propios; pueden afectar a las otras. Se requiere un elemento adicional, bajo responsabilidad de la Gerencia General (GG):

E. Coordinación anti-oscilatoria

Una forma de suma importancia de esta coordinación, es la planeación operativa (en las empresas PCP[23]) que incluye la planificación de actividades y la adecuación de los recursos (incluida la oferta de servicios) Nuevamente, la financiación capitada ayudaría mucho, dado que los recursos fluyen “hacia donde está la gente”. Ejemplos adicionales, horarios y distribución de consultorios, políticas de rotación de personal o respuesta frente a emergencias.

10) Enfrentando el entorno y el futuro

Una gran debilidad del estado, salud incluida, es la falta de previsión y mirada de largo plazo. Más allá del “aquí y ahora”, se abre la posibilidad de generar otra función gerencial de alto nivel: enfoque en el “afuera” (el entorno”) y “después” (el futuro): **La Inteligencia**.

Esta, parte de analizar el entorno y las tendencias: la variación de los perfiles epidemiológicos, las nuevas enfermedades, los nuevos conocimientos, la situación de las poblaciones, los mercados, la legislación, la naturaleza, los proveedores, lo hecho en otros países, etc.

Estas son cosas distintas a ver el “día a día” y normalmente son desatendidas por aquel, hasta que viene “el diluvio”, y hay que “recoger los muertos”. O, simplemente, se desaprovechan oportunidades de nuevos tratamientos, equipos, investigaciones o experiencias.

11) Desarrollando la Adaptación

El seguimiento del presente y de la organización, junto a la visualización del futuro y el entorno, generan una necesidad adicional, hacer que la organización siga viable, es decir, pueda adaptar el interior a los que se viene y a lo que nos falta: **Las políticas** representan

[23] Planeamiento y control de la producción

esto, las nuevas visiones y directivas (parte de los requerimientos normativos y corporativos) que deben ser adoptadas por todos en la organización.

El establecimiento del modelo de la GG de aquí y ahora, a la vez que puede asegurar el funcionamiento del sistema, deja lugar (sobre todo mental) suficiente, para dedicarse a **mejorar el presente y preparase al futuro**.

El CLAS: UN CAMBIO NECESARIO PARA EL PRIMER NIVEL

El desarrollo de la autonomía y la implantación de nuevos mecanismos para la provisión de recursos, es imposible en marco legal "normal" del estado. No sólo porque las UE son las únicas posibilitadas para operarlo; sino porque la legislación que sustenta varios de los sistemas en este terreno: Presupuesto público, Tesorería, Adquisiciones y Contrataciones, régimen laboral público, pensiones, no le son compatibles.

Lo ideal, sería un régimen especial, válido para salud y educación, de algo así como una "entidad prestadora de servicios", con autonomía. Pero esto requeriría mucho trabajo, desde desarrollar la idea, romper el enorme poder que actualmente tiene el MEF (el que no quiere el sistema y más bien está reforzando lo anterior) y la oposición de los entes sectoriales regionales y provinciales; hasta la aprobación parlamentaria. Es decir, algunos años por delante y muchas posibilidades de fracaso.

Por eso, debería retomarse el tema del CLAS, el cual es un régimen legalmente sustentado. Más aún, existiría una seria infracción legal en que está incurriendo el MINSA y las regiones, dado que la ley correspondiente[24] afirma:

"Artículo 2º.- Promoción y fortalecimiento de la política de cogestión

2.1 El Estado, a través del Ministerio de Salud, de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales, ***promueve la conformación, la extensión y el fortalecimiento de las Comunidades Locales de Administración de Salud - CLAS****, y otras formas de cogestión que pudieran generarse, reconocidas por la Autoridad Sanitaria Regional, garantizando la simplificación administrativa."*

*"****Artículo 3º.- Financiamiento y recursos asignados***

El financiamiento de la cogestión se realiza, principalmente, con fondos públicos, los mismos que tienen carácter de intangibles e intransferibles para otros fines, sin perjuicio de otras fuentes de financiamiento. ***Su continuidad y sostenibilidad es de cumplimiento obligatorio por los niveles de gobierno competente.****"*

[24] la ley 29124 del año 2007

Bastaría hacer los cambios necesarios en el reglamento, que se aprueba sólo con los votos de la ministra de salud y el presidente, entre ellos, la entrega directa a los EESS sin pasar por las UE.

EL LIDERAZGO SECTORIAL DEL MINSA

Una cosa evidente, es que el MINSA ha perdido mucho de su liderazgo con la descentralización. Se ha entregado, sin más, muchas funciones a las regiones, pero sin mantener ciertos aspectos claves en el nivel central. Esto es sumamente peligroso y el efecto extremo es lo que sucede en Cajamarca.

Se requiere que el MINSA retome esta rectoría y esto podría ser alcanzado con dos mecanismos básicos: El SIS y los incentivos. Es decir, seguir fortaleciendo el SIS, convirtiéndolo en el único brazo financiero y, establecer un sistema importante de incentivos hacia las DIRES, redes, establecimientos y servidores, que obliguen a seguir determinados parámetros tales como protocolos, orientación a resultados, cobertura de la población, etc.

El liderazgo, la rectoría en temas de salud, debe ampliarse al conjunto del estado y la sociedad, a fin de que la policía y municipalidades reduzcan de verdad cosas como accidentes, violencia y delincuencia; las empresas mineras informales dejen de tirar cianuro a los ríos (porque seguramente pagan a alcaldes para que miren a otro lado), etc.

El estado funciona mal. En educación, en el PISA 2009 tuvimos los lugares 61º y 62º de 63 países en los aspectos medidos; las muertes por accidentes pueblan las páginas de los diarios y somos uno de los países más peligrosos del mundo. Por un lado, va el vigoroso repunte del país, ejemplo de clase mundial. Pero el estado… sigue siendo el del milenio pasado.

Introducción

El Perú tiene, aún, serios problemas en el campo de la salud. En particular, la desnutrición crónica infantil, en relación a la región de América Latina, desgraciadamente ocupa uno de los puestos más altos. En un estudio de la CEPAL publicado en el 2006, el Perú se ubicaba en el 5º puesto con mayor DCI, de los 21 países considerados. Sólo superaba a Guatemala, Honduras, Ecuador y Bolivia. Frente al promedio latinoamericano que era de 15.8%, el valor correspondiente a nuestro país alcanzaba, en el período analizado, 25.4%.[25]

Si bien el promedio nacional en los últimos años ha bajado de más de 30% hasta alrededor de 18%, aún es muy alto, dado que significa que uno de cada 4 niños, lo padece; además este promedio esconde brechas internas tanto por área (urbano – rural) o región (LM, costa, sierra y selva).

Las consecuencias de la desnutrición son muy serias, ya que implica, no sólo la mayor vulnerabilidad a las enfermedades o el menor desarrollo físico y mental, lo cual ya es muy malo; sino que afecta el desarrollo de las capacidades de aprendizaje y trabajo, y por ende, las posibilidades de que quienes la sufren, de tener mejores expectativas laborales, económicas y sociales. La conclusión lógica de todo esto sólo puede significar una perennización de este verdadero círculo vicioso de pobreza.

No se puede negar que el estado nacional, en general, y el sector público de salud, en particular, presentan limitaciones para desarrollar efectivamente sus responsabilidades en este campo.

Debido a esto, entonces, la consultoría busca identificar tales limitaciones y definir un nuevo modelo de operación y estructuración que permita desarrollar la potencialidad institucional para que se esté en condiciones de cumplir con los retos que los nuevos tiempos le imponen y la vida actual y futura de las personas lo exigen.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL PILOTO A CONSTRUIR

El objetivo de la consultoría es diseñar un piloto de gestión articulada de lucha contra la desnutrición crónica infantil (DCI). El ámbito de aplicación es, en la región San Martín, en dos distritos de la provincia de Moyobamba (Soritor y Jepelacio). A partir de esta experiencia se tiene previsto aplicarlo en el departamento del Cusco.

En la definición del modelo a ser comprobado mediante estas experiencias piloto, hay un conjunto de características que deben ser incorporadas:

[25] CEPAL, Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe: http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/8/23948/Desafios_Nro2_esp.pdf, Gráfico Nº 2. Boletín "Desafíos", Nro. 2, abril, 2006

Acción articulada

Como muestra el propio título del piloto que ha generado la presente consultoría, se busca desarrollar un modelo de gestión articulada, congruente con el hecho suficientemente comprobado de la génesis multicausal de este problema sanitario y social; representa una forma novedosa y más adecuada de enfocar la actuación del estado. Tradicionalmente, el estado actúa en una forma totalmente fragmentada, tanto a nivel de los distintos sectores, como al interior de los mismos.

Un hecho que crea condiciones positivas respecto a esta acción articulada es el surgimiento relativamente reciente del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el que se convierte en el elemento integrador, al ser definido en su ley de creación como el "ente rector de la política social". Es precisamente una iniciativa del MIDIS, en conjunción con los Ministerios de Salud y Economía y con la participación del proyecto USAID - Políticas en Salud, que surge este importante proyecto de gestión articulada.

Ahora bien, es importante señalar, que han existido experiencias de articulación basadas en la conformación de comités u órganos similares, que son los que articulan las distintas actividades. Entre estás podemos mencionar, las experiencias de alto nivel, tipo CIAS (Comisión Interministerial de Asuntos Sociales) y CIAEF (Comisión Interministerial de Asuntos Económicos y Financieros), como, también, bajo un ámbito más sectorial, el caso del Consejo Nacional de Salud.

Sin embargo, sería conveniente generar un tipo distinto en ese caso (sin negar la necesidad de mantener las comisiones mencionadas, sobre todo en lo relativo a la CIAS que tiene la mayor pertinencia en el desarrollo del piloto). Dado que se trata de una acción que, de evaluarse y realizarse los ajustes que sean pertinentes, podría convertirse en una actividad permanente; este tipo de articulación debería ser más del tipo sistémico, de forma que se defina aspectos como roles, responsabilidades, procesos, incentivos específicos, etc. y pueda funcionar en forma sostenible.

Esta visión sistémica debe armonizar las acciones que desarrolle el órgano rector de la política social, el MIDIS, los sectores intervinientes (se ha mencionado Salud y Vivienda y Construcción, pero podría ser importante incorporar a Educación y quizás, más adelante a Trabajo y Producción) y los niveles de gobierno regional, provincial y local.

Cabe señalar, que la consultoría tiene como objetivo desarrollar lo concerniente al piloto en el componente de salud, por lo tanto, se trabajará fundamentalmente esto, aunque se harán menciones a la articulación en el conjunto del documento.

Provisión de Servicios Costo – Efectivos contra la DCI

Se ha definido un conjunto de intervenciones costo - efectivas que, de acuerdo a evidencias científicas internacionales, han demostrado su validez como mecanismo para obtener ganancias reales en la lucha contra la DCI.

Estas intervenciones pueden ser resumidas en:

a) Prevención de embarazos no deseados con énfasis en adolescentes (consejería, entrega de medios de planificación familiar)

b) Prevención de deficiencias en el proceso del embarazo (consejería de autocuidado, lactancia materna y alimentación de la madre, controles de embarazo, alimentación adecuada, suplementos nutricionales)

c) Salvaguardar la nutrición de recién nacidos y niños hasta 3 años

d) Prácticas saludables para evitar y detectar enfermedades intestinales y respiratorias (lavado de manos, etc.)

e) Seguimiento/Tratamiento institucional de embarazo, parto y desarrollo del niño (controles de embarazo, parto institucional y seguimiento del niño)

f) Seguimiento/tratamiento institucional de enfermedades infantiles (EDA, IRA, anemia)

g) Inmunizaciones

h) Saneamiento básico (agua y desagüe, disposición de excretas y residuos)

Como puede observarse, estas intervenciones, sobre todo en el caso del componente preventivo, no limitan su importancia al segmento mujer fértil – gestante – niño menor de 3 años, sino que tienen plena validez para el conjunto de las personas.

Seguimiento Longitudinal

Una estrategia central en el logro de efectos consistentes para reducir la DCI es el del seguimiento longitudinal. De esta forma, debe asegurarse el monitoreo y la provisión de las intervenciones costo – efectivas para los nuevos ciudadanos desde su gestación hasta, por lo menos, los 36 meses de edad.

Lo anterior significa cumplir con 6 0 9 controles para la gestación, generalizar el parto institucional y realizar 12 controles de desarrollo del niño para el primer año y los que definen los protocolos para el periodo de 13 a 36 meses.

Si revisamos las estadísticas sobre utilización de servicios de salud, podemos ser conscientes de la brecha que hay por llenar, respecto al seguimiento longitudinal. Así, en el informe de resultados del Programa Juntos del 2010, se señala:[26]

"Sin embargo la misma fuente advierte que las metas de acceso universal a los servicios básicos de salud están aún muy lejanas: sólo el 66% de las madres solicitan atención cuando sus hijos enferman, 43% de estos niños tienen sus vacunas completas y 83% participan del CRED." [27]

Una situación similar es muy posible de ser encontrada tanto en el cuidado de las mujeres en edad reproductiva y en el seguimiento de las gestantes y sus niños, con importante déficit en un acatamiento riguroso a la frecuencia de controles establecidas en los protocolos oficiales. Sobre esto se hablará con más detalle en el diagnóstico.

Ampliación de la cobertura en poblaciones urbanas y dispersas

Conseguir en pocos años una evolución positiva en la ampliación de las coberturas, implica lograrlo tanto en las zonas urbanas como en las rurales.

En relación a esto, puede precisarse un comportamiento diferenciado de la atención recuperativa frente a las atenciones o controles de individuos sanos: la dolencia es en si misma una motivación para acercarse a buscar atención en un establecimiento de salud. No existe igual motivación en el caso de acudir a los controles preventivos.

Esto se hace más fuerte aún, en el caso de las poblaciones dispersas, con dificultades reales de acceso a servicios del sector salud, donde la brecha, recuperativa y, en mayor medida, preventiva, se hace mucho más grande.

Necesidad de trabajar con las poblaciones reales, bajo un enfoque territorial

Asegurar el seguimiento longitudinal en la población objetivo, requiere identificar en forma concreta a las mujeres, madres y niños y, así, poder controlarlos a través de todo el ciclo que va desde la concepción hasta alcanzar los 36 meses.

Esto requiere trabajar en la elaboración y mantenimiento de padrones poblacionales que sirvan de fuente principal o "archivo maestro" para desarrollar el seguimiento longitudinal.

Una vez identificado un individuo –madre o niño- , éste debe entrar a formar parte del "menú de trabajo" de las redes de salud, al menos hasta completar la gestación o los 36 meses de edad.

---

[26] Presidencia del Consejo de Ministros, "Informe Compilatorio Programa Juntos, Resultados y Retos", dic, 2010

[27] Presidencia del Consejo de Ministros, ob. cit.

Para soportar adecuadamente este trabajo poblacional, es imprescindible organizar la acción estatal con un enfoque territorial que abarque tanto las zonas pobladas como aquellas que son dispersas. La sectorización es una herramienta válida para este fin.

Debe ajustarse las formas de acción a fin de permitir enfrentar los nuevos retos

El nuevo "menú de trabajo" es significativamente mayor al existente previamente. Ha existido una importante fracción de la población que ha permanecido invisible ante el sector salud. Parte de ésta fracción es la diferencia no cubierta en el porcentaje presentado de 66% de madres que no acuden a un establecimiento ante una enfermedad de su hijo, o de ese 42% de niños que no tiene sus vacunas.

En esto nos enfrentamos al sector "más duro" de la demanda, del aquel que por razones de dificultad de acceso y lejanía, o por falta de conciencia de la necesidad de trabajar la defensa de la propia salud, son reacios a acudir voluntariamente a recibir controles y atención. También, probablemente, del sector donde tiene mayor repercusión la problemática de la DCI.

Estas nuevas formas de acción deben ser establecidas con dos objetivos:

a) Potenciar la capacidad de llegada a estos sectores duros

b) Reducir las cargas del llamado "*trabajo hacia adentro*" que generan los procesos actuales, sobre todo relativos al manejo de información y de recursos.

Una condición importante para el éxito está en el diseño de incentivos

Las organizaciones, los directivos y los trabajadores trabajan, consciente o inconscientemente, en función de incentivos. La palabra motivación viene, precisamente, del término del latín "motivus" que significa "causa de movimiento".

Un elemento importante en el trabajo del sector público es la existencia de deficientes mecanismos de incentivo, que van desde incentivos directamente perversos, hasta incentivos aislados o no sistémicos, que están más vinculados a iniciativas parciales.

Más que un incentivo determinado, lo importante es el diseño de **todo un sistema de incentivos que produzcan un alineamiento de los distintos actores**: personas, comunidades, municipios, gobiernos regionales y, por supuesto, el sector salud y los otros sectores participantes. Estos incentivos **deben ser ofrecidos sin intermediación, a los distintos actores** para que sean efectivos.

OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA

Lo que se ha buscado obtener en la consultoría, es tener definiciones en torno a:

1. Un diagnóstico de cómo se encuentra, desde la realidad de dos distritos de la Región San Martín, la situación del sector salud, en una forma multidimensional
2. Un modelo de operación y de estructura que permita cumplir con el objetivo global del piloto, es decir, reducir 10 puntos porcentuales la DCI en niños menores de 36 meses y mejorar, en general, la performance del sector salud
3. Una definición de los requisitos que permitan llevar a la práctica el modelo anterior
4. Un plan de implementación que permita alcanzar a cubrir tales requisitos y que organice la puesta en marcha del piloto
5. El diseño de mecanismos de evaluación de resultados, a partir de una línea de base que sea, a la vez, simple y consistente

ALCANCE DE LOS MECANISMOS PROPUESTOS EN EL DISEÑO

Las prestaciones que tienen que ver con la DCI, que se mencionan en el acápite anterior acerca de las intervenciones costo – efectivas, representan un porcentaje muy importante en relación al conjunto de acciones que tienen que llevarse a cabo para enfrentar la carga global de enfermedad en el país. Los factores de riesgo que pueden incidir sobre las familias y comunidades en relación a la DCI también son comunes a una gran parte de los vinculados a la salud del resto de grupos etarios. Lo mismo puede decirse de las características que debe de implantarse en el propio sistema de prestación, en su estructuración, soporte y gestión.

Por ello, las conclusiones presentadas pueden considerarse como propuestas que tienen que ver con el conjunto del sistema de salud, en lo que se relaciona con el llamado primer nivel de atención.

MARCO METODOLÓGICO

La metodología básica utilizada en el diagnóstico, es la del análisis de procesos. El enfoque de procesos es básicamente, un análisis de las formas reales en que se producen los distintos bienes y servicios que genera una entidad determinada.

La experiencia internacional ha demostrado que lo primero que debe revisarse son los procesos. Otros aspectos, como la estructura organizativa, la tecnología, los controles, etc. deben verse a partir de esto y no como punto de partida, como lo muestra el fracaso de tantas “reorganizaciones” o de la introducción de tecnología, por si misma. Igualmente,

aspectos como valores, compromiso, etc., son resultados de cómo se conforman los procesos y no de "gurús de la motivación".

Esto está graficado en el llamado "Diamante de los sistemas de negocio"[28] que describe la secuencia lógica que debe establecerse para el cambio organizacional:

Por el plazo corto de la consultoría, no ha sido posible realizar un estudio cuantitativo que encuentre aspectos como trabajo necesario y desperdicio (tiempo de actividades que no crean valor), cuellos de botella, etc.[29] Pero si se ha analizado en forma cualitativa (y hasta donde se haya podido, cuantitativo) los procesos críticos que están involucrados en la problemática de la salud.

Otro elemento metodológico que se ha utilizado, sobre todo para la construcción del modelo general, es lo que ha sido llamado "manejo de variedad"[30], es decir, el manejo de la complejidad que se genera por fuera y por dentro del sistema.

En lo que respecta a la complejidad por dentro del sistema, mucho está referido e la problemática ya mencionada de los procesos, pero que no únicamente. El análisis de variedad brinda una modelo válido y efectivo para permitir procesarla a través del toda la organización, incluso a una escala nacional, como requiere el sector salud.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Se ha entrevistado a una cantidad importante de funcionarios y profesionales de la salud, tanto a nivel del Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud (sede central, Moyobamba y

[28] Hammer, y Champy, "Reingeniería"

[29] En los trabajos mencionados de San Juan de Lurigancho y hospital Loayza, si se hizo estudios detallados y sirven de base para el análisis cualitativo, que es el que se va a realizar en este caso.

[30] Esto ha sido formulado por el investigador británico Stafford Beer, denominado en forma genérica como "El Modelo del Sistema Viable".

Soritor; Gobierno Regional de San Martín, Unidades Ejecutoras 400 (Tarapoto) y 401 (Moyobamba), direcciones de las micro redes Soritor y Jepelacio, funcionarios de las municipalidades de los dos distritos mencionados, además de Dos Amigos y Huimbayoc; Municipalidad Provincial de Picota; miembros de juntas vecinales comunales y sobre todo, de personal que trabajan en diversos establecimientos del primer nivel.

Por supuesto, ha habido un importante y beneficioso intercambio de información y planteamientos con el equipo del proyecto USAID - Políticas en Salud y del Proyecto Municipios y Comunidades Saludables. Además, se ha tenido reuniones con funcionarios del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, MIDIS y Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

.

Diagnóstico del modelo actual

UNA BREVE VISIÓN TEÓRICA DE LOS PROCESOS

¿Qué es un proceso?:

Se define el proceso como "**la secuencia de actividades que transforma insumos en un bien o servicio de valor para sus clientes**". En esta definición hay resaltar dos términos:

a) **Secuencia**: estamos hablando de actividades secuenciales, es decir sincrónicas, donde una da lugar a la siguiente, hasta que se termina produciendo el bien o servicio. Esta secuencia está determinada por la realidad y no por cortes artificiales realizadas por quien estudia el proceso. Por ejemplo, si estudiamos el proceso de atención ambulatoria de pacientes en un establecimiento, el proceso abarcará etapas como admisión, atención en consultorio, exámenes auxiliares, tratamiento, hasta llegar al alta. No existirá un proceso de laboratorio o de farmacia, sino que son fases o etapas (subprocesos) del proceso de atención.

b) **Valor para sus clientes**: implica que se está hablando de bienes o servicios finales y no de porciones de estos (como son los procedimientos). Como ejemplos de procesos típicos podemos mencionar algunos: Atención de reclamos (desde el reclamo hasta su solución), Planificación (desde el inicio hasta la formulación del plan), provisión (desde el pedido hasta la entrega).

La figura siguiente muestra gráficamente un proceso:

Los **insumos**, corresponden a elementos como: personas, materiales, equipos, información, procedimientos, políticas, tiempo o dinero. Son los **recursos** que utiliza la institución. Son proporcionados por los **proveedores.**

Los **bienes y servicios** producidos son el motivo de existencia de la organización, el corazón de su misión. En general, son producidos para los **clientes o usuarios** de la institución. Existen, sin embargo, procesos que producen para atender a clientes internos, es decir, para **soportar o apoyar** la ejecución de los procesos hacia el exterior. Ejemplos típicos de estos últimos son la provisión de insumos o de recursos humanos y la elaboración de planes.

Cómo se añaden actividades adicionales a los procesos

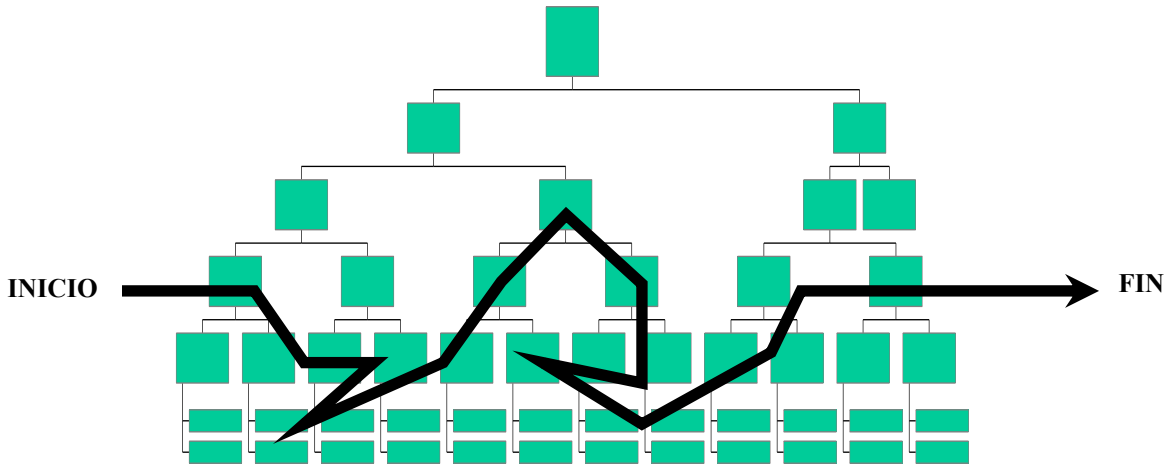
Los procesos, en las organizaciones tradicionales, son generalmente invisibles para muchos. Esto es así porque los procesos se encuentran rotos o fragmentados en múltiples porciones.

Esta fragmentación se genera por:

a) La organización funcional, que es la forma más extendida de organización. Bajo este modelo funcional, las organizaciones se estructuran por especialidades: finanzas, caja, logística, despacho; que son ejemplos de funciones típicas.

b) El modelo jerárquico, que establece una fragmentación vertical (a diferencia de la anterior que es horizontal) al establecer una separación de las operaciones y las decisiones en base a una estructura de tipo piramidal

Los procesos, de esta forma, recorren, cual “pinball”, la estructura organizativa de funciones y jerarquías, tal como muestra la figura siguiente:



Pero, ¿cuál es la importancia de esto? Cada salto de una unidad o nivel organizacional a otro genera actividades adicionales. Generalmente estas son:

- Un **traslado**, de un punto a otro, sean estor puestos de trabajo, áreas, locales, unidades organizacionales o entidades distintas

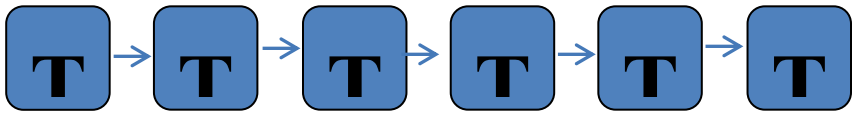
- Dos **controles**, normalmente de salida y de entrada, para deslindar responsabilidades (estos tienden a crecer en el tiempo cuando suceden contingencias tales como pérdidas o deterioros)

- Dos **esperas o demoras**, igualmente, en la salida y en la entrada

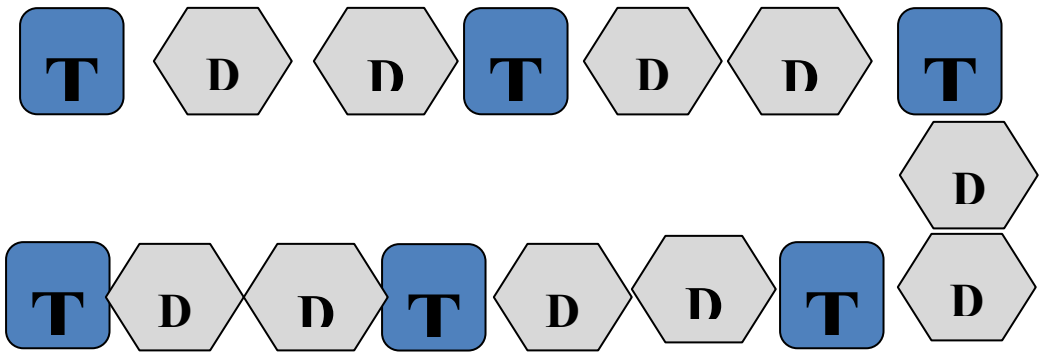
- Dos actividades de **archivo**
- Eventualmente, puede requerirse un **retrabajo**, si la estación siguiente rechaza algo o pone requisitos adicionales. También es un retrabajo cuando se hace redundante alguna operación. Un caso típico de esto es el ingreso de datos repetido de la misma o similar información, por ejemplo, de un usuario del servicio, como producto de la visión fragmentada de cada unidad participante.

Estas actividades no añaden ningún valor al proceso y por eso, en la terminología de análisis de procesos se denominan **Desperdicio**, mientras que las que si son necesarias y añaden valor, se llaman **Trabajo.** Desgraciadamente, **el costo del desperdicio es el mismo del trabajo**. Si tenemos un trabajador que hace, por decir, una mitad de su tiempo trabajo y el resto desperdicio, es lo mismo, en términos prácticos, como contar con él sólo a medio tiempo.

Representamos un proceso ideal (eficiencia del 100%), es decir, conformado por las actividades que técnicamente deben ejecutarse, de la siguiente manera:



Añadimos ahora únicamente 2 actividades de desperdicio entre cada actividad que ha sido asignada a unidades o puestos de trabajo distintos (en realidad deberían ser más, 5 a 8 según está especificado arriba, pero las agruparemos en dos)

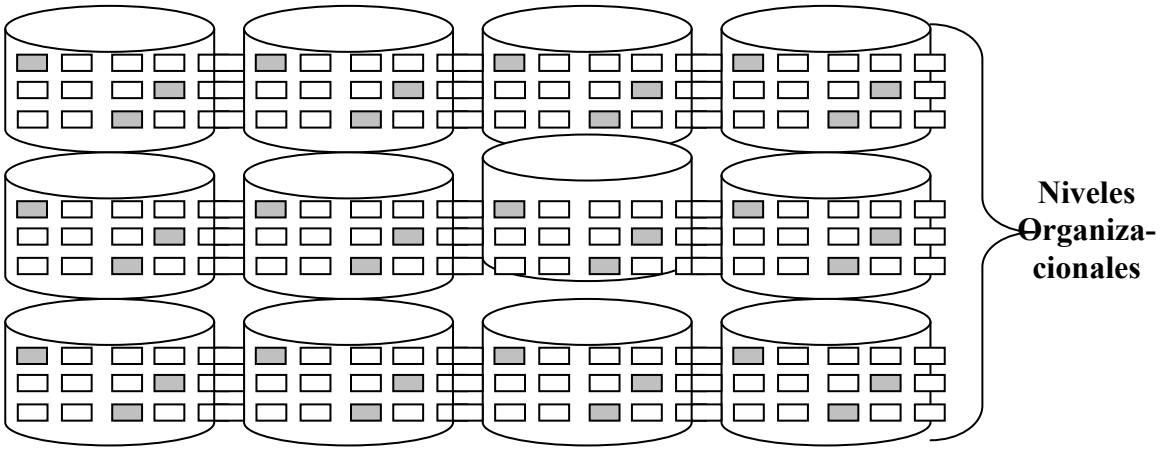


Sólo con la fragmentación horizontal y vertical, la eficiencia pasa de 100% a 37.5% (6 de 16)

c) En el caso particular del estado, sobre todo en sectores como salud o educación, surge otra fuente de actividades: los silos verticales. Es decir, se organizan programas o cadenas verticales que atraviesan, de arriba a abajo, la organización nacional. Cada cual con lógicas, organización, flujos de información y de insumos y requerimientos propios que generan actividades diversas hacia abajo. Ejemplos típicos, los programas verticales, hoy Estrategias Nacionales.

d) Cabe señalar que el estado se organiza en varios niveles, es decir, que a los niveles organizacionales de la figura anterior (que serían los que existen en un lugar determinado, por ejemplo un establecimiento o DIRESA), hay que añadirle los otros niveles: órganos locales, subregionales (provinciales), regionales y el nacional. Igualmente, cada nivel genera sus propios requerimientos y la actividad correspondiente hacia abajo. Esta actividad puede estar vinculada a los procesos propios de la prestación o de los recursos pero incluye también reuniones de presentación o evaluación, capacitación, controles, etc.

Finalmente, incorporando todas estas fuentes de desperdicio, la eficiencia va a deteriorarse aún más y el mapa de trabajo y desperdicio va a quedar más o menos como la figura siguiente, donde los cuadros grises representan trabajo y los claros, desperdicio:



Silos Funcionales

Hay que añadir que los tiempos que se catalogan como desperdicio tienen tamaños variables. Por ejemplo, un traslado puede ser de un escritorio a otro, o de un puesto de salud a la red, como pasa con el recojo de insumos o medicamentos o para entregar la información de atendidos; una demora puede ser de minutos para una firma o de días cuando, por ejemplo, la firma es de alguien de posición alta en el organigrama o si se busca formar un lote de tamaño apreciable.

En términos generales, contrariamente a lo que podría pensarse, el tiempo de desperdicio no es nada desdeñable y, en varios procesos exceden varias veces al tiempo de trabajo, a aquel que técnicamente es necesario realizar.

Este tipo de análisis puede realizarse desde dos puntos de vista: desde el que produce el servicio, que se vincula a la eficiencia (entendida como gasto de recursos por unidad de producto) y desde el punto de vista del usuario interno o externo, vinculado a la calidad con que se atiende y se presta el servicio.

¿Cuál es el efecto final del incremento del desperdicio?

Si tenemos un nivel de recursos R destinado a pagar personal y el costo de producir cada bien es igual a Costo de Proceso (CP), que a su vez es Costo de Trabajo (CT) + Costo de Desperdicio (CD), la cantidad de "productos" (P) que vamos a poder generar va a ser igual a:

$$P = \frac{R}{CT + CD}$$

Para observar mejor esto, podemos hacer un ejercicio numérico muy simple a partir del "proceso" graficado antes que contenía 6 actividades inicialmente:

Imaginemos que nuestros recursos son 100. Si asumimos, para simplificar más, que el costo de cada actividad, sea de trabajo o desperdicio, es igual a uno.

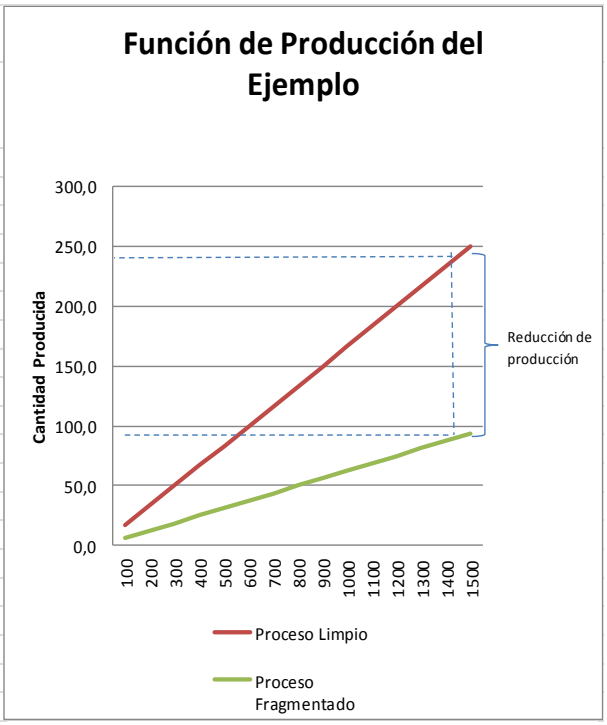
De esta forma, la cantidad de productos que podremos generar con nuestros recursos disponibles será de 100/6, es decir 16.67 unidades.

Cuando incorporamos las 10 actividades de desperdicio de la figura anterior, la cantidad pasa a ser 100/16, es decir, 6.25, prácticamente la tercera parte de la producción del proceso inicial, sin tiempos de desperdicio.

De esta forma, a mayor desperdicio, se reduce la cantidad de servicios producidos (en términos económicos, podríamos decir que la función de producción se mueve hacia la derecha).

A continuación puede verse cómo varía la función de producción del caso anterior, comparando el proceso "limpio", sin desperdicio, con el fragmentado:

Recursos	PRODUCCIÓN		PÉRDIDA DE PRODUCCIÓN
	Proceso Limpio	Proceso Fragmentado	
100	16,7	6,3	62,5%
200	33,3	12,5	62,5%
300	50,0	18,8	62,5%
400	66,7	25,0	62,5%
500	83,3	31,3	62,5%
600	100,0	37,5	62,5%
700	116,7	43,8	62,5%
800	133,3	50,0	62,5%
900	150,0	56,3	62,5%
1000	166,7	62,5	62,5%
1100	183,3	68,8	62,5%
1200	200,0	75,0	62,5%
1300	216,7	81,3	62,5%
1400	233,3	87,5	62,5%
1500	250,0	93,8	62,5%



La reducción de la producción alcanza al 62,5%, es decir, se produce el 37.5% de lo que podría hacerse reduciendo el desperdicio.

Si incorporamos el modelo completo, es decir, incluyendo el desperdicio derivado de los silos funcionales y de los múltiples niveles organizacionales del último gráfico, la reducción de la capacidad de producción sería mucho mayor.

Para poder observar este fenómeno en la práctica, en un análisis cuantitativo de procesos realizado en los establecimientos del primer nivel de San Juan de Lurigancho[31], se calculó que la eficiencia de los procesos de soporte (logística, personal y tesorería), era de 8.8% -es decir, el trabajo era como 1 y el desperdicio como 11.3- y los de gestión (planeación y control) era de 3.25% -es decir, el trabajo era como 1 y el desperdicio como 31-. Hay que resaltar que sólo se estaba considerando la porción de procesos realizada en la red de SJL. Es decir, si hubiésemos incorporado los tiempos de proceso insumidos hacia arriba en los niveles de dirección del sector, el desperdicio debería ser mucho mayor.

En el **Anexo I** se presenta uno de los procesos (el de consulta ambulatoria) en sus versiones actual y propuesta y, un cuadro resumen de las diferencias obtenidas al reducir el desperdicio, al final, el cuadro general de todos los procesos, donde el proceso mencionado es una de las líneas.

[31] Este estudio se realizó entre fines de 1999 e inicios del 2000, con la participación de 8 a 10 de los médicos jefes de ese distrito y se incluyó la información de 32 establecimientos, la totalidad de la red.

Esto tienes tres efectos principales:

a) La capacidad de producción (y la productividad de cada recurso) se reduce

b) Se compite en tiempo con otras actividades, en particular para el caso de salud, con lo realmente importante en la prestación de servicios de salud. Esta competencia no sólo es en tiempo sino que también en aspectos más cualitativos como concentración, capacidad de analizar y resolver problemas, etc.

c) Las prioridades institucionales se mueven de lo propio ('core business') hacia los temas de soporte, de lo necesario hacia las secundario.

La expresión concreta de este fenómeno, que se verá con más detalle más adelante, es la hipertrofia de los denominados órganos administrativos (en realidad de soporte y de gestión) en el aparato público de salud, los cuales superan fuertemente, en cantidad de personas, a los órganos de línea.

Pero los efectos negativos, como producto de la fragmentación horizontal y vertical, no se limitan sólo al tiempo de procesamiento sino que también son de otros tipos:

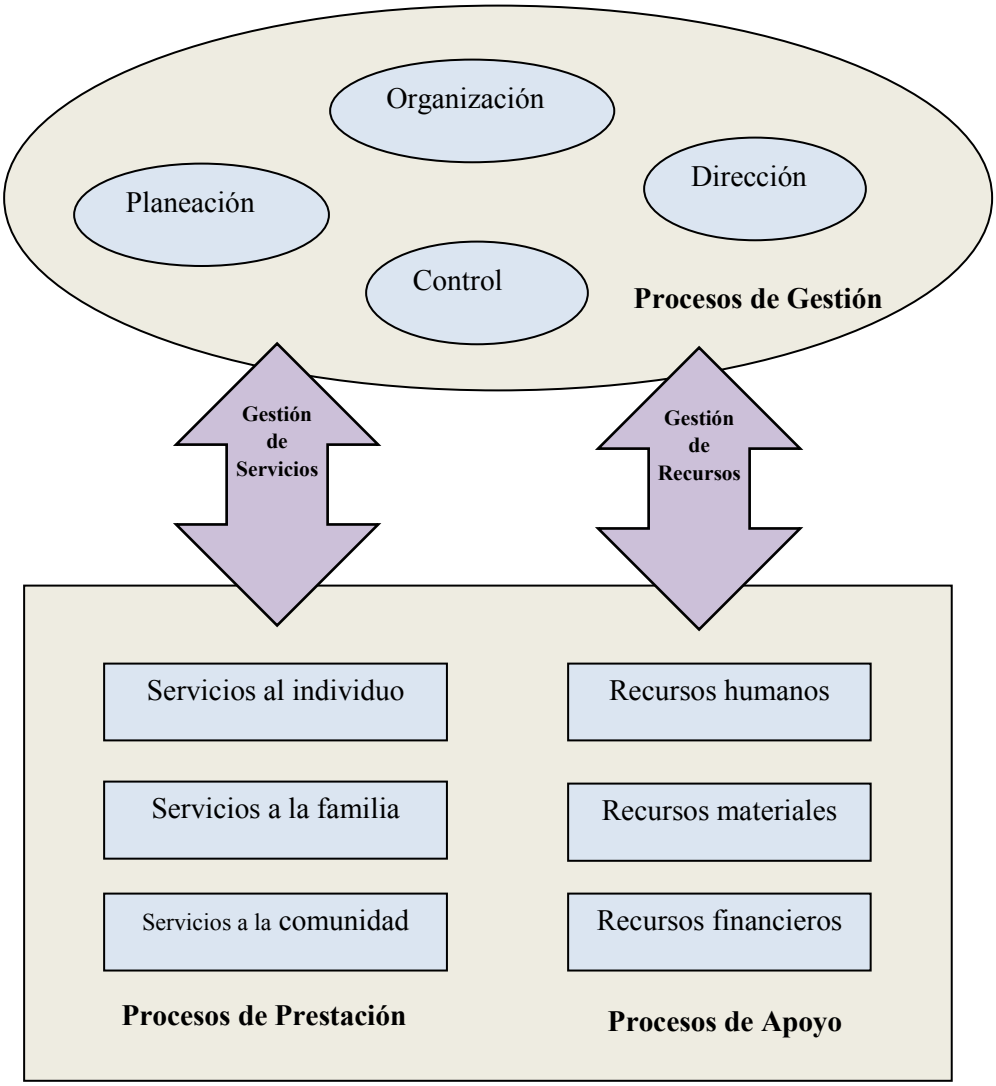
- Se incrementa la duración total de los procesos, afectando la relación con clientes y usuarios internos
- Se generan conflictos de intereses y de lógicas de trabajo y de éxito, diferentes entre los distintos polos funcionales y jerárquicos
- Dentro de lo anterior, cada función o nivel, buscando incrementar su propia eficiencia o eficacia, o simplemente para reforzar su importancia, genera requerimientos adicionales para las actividades
- Necesidad de realizar el proceso en orden secuencial sin capacidad de hacer tareas en paralelo
- Dificultad de sacar porciones de proceso que no requieren ser sincrónicas
- Grandes requerimientos de coordinación y comunicación
- Incremento de la necesidad de jefaturas, lo cual es requerido para "pegar" los procesos fragmentados (generando una organización piramidal y no plana como es la tendencia en las organizaciones modernas)
- Afectación de la motivación dado que las personas sólo ven porciones de su trabajo, sin visualización de productos finales ni capacidad de toma de decisiones
- Imposibilidad de medir la contribución de cada quien en el proceso. De esta forma, el que trabaja mucho y bien. gana igual que el que lo hace poco y mal, presionando nuevamente la productividad hacia abajo, igual que la motivación de las personas.

Evaluación de los procesos críticos en San Martín

Estos procesos, obviamente, no son algo de existencia únicamente regional, sino que corresponde al conjunto del sistema nacional de salud. Es muy posible que la problemática que se encuentre en San Martín sea un problema de todo dicho sistema.

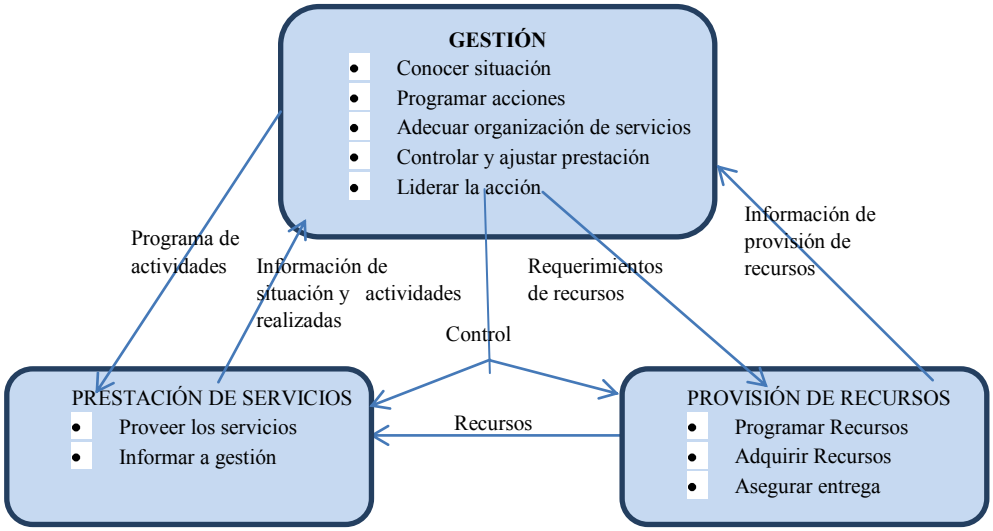
En el nivel de prestación de servicios, podemos presentar el siguiente mapa de procesos:

MAPA DE PROCESOS



La relación entre estos 3 tipos de procesos podría ser representado de acuerdo al gráfico siguiente (ojo, se está hablando de procesos, no de unidades organizacionales):

RELACIÓN ENTRE LOS PROCESOS



PROCESOS DE PRESTACIÓN

Los procesos de prestación son los procesos que definen la particularidad del sector salud y orientan (o deberían orientar) a los otros procesos, de gestión y de recursos, en aspectos como finalidad, oportunidad, programación, control y contenido específico de los recursos a proveer.

a) Servicios al Individuo

Estos procesos representan, de lejos, las actividades que predominan en la actividad del sector salud. Se desarrollan en dos categorías básicas:

1. Control y protección de individuos sanos

Se dirige principalmente al seguimiento y corrección preventivos de factores de riesgo que tienen los individuos asociados a grupos etarios, actividades propias y embarazo; sobre todo aquellos que presentan mayor vulnerabilidad: los recién nacidos y niños menores de 3 años y las gestantes y, para aspectos reproductivos, las mujeres en edad fértil. Debería incorporar a la población en general. Incluye varios componentes, principalmente, el seguimiento propiamente dicho, la suplementación nutricional, la identificación de signos de alarma y la promoción de prácticas saludables.

2. Atención recuperativa de individuos enfermos

Esta es la actividad típica con la que tradicionalmente se ha vinculado al concepto de práctica sanitaria, es decir, la atención y/o rehabilitación del daño, en sus distintas formas, sean físicas o mentales, crónicas o agudas, transmisibles o no transmisibles, accidentes, etc.

b) Servicios a la Familia y a la Comunidad

Asociado a la protección de individuos sanos, es decir a la prevención de daños, se requiere el seguimiento de factores de riesgo que se encuentran en el domicilio y en la zona de residencia y de actividad (comunidad, ciudad, entidades/actividades de producción).

En el lado de la vivienda, puede mencionarse aspectos como vigilar la provisión de agua, disposición de excretas y residuos sólidos, hacinamiento, preparación de alimentos y formas de convivencia en el grupo familiar.

En el lado de la comunidad, debe realizar seguimiento sobre temas como fuentes de agua, contaminación del aire, manejo de basura, violencia y pandillaje, tránsito, riesgos derivados de actividades productivas, riesgos de desastres, costumbres, cultura, etc.

La definición del "Menú de Trabajo"

Una forma de analizar la marcha de los procesos que conforman la prestación de servicios de salud, es observar la forma en que se define y estructura el "menú de trabajo", es decir, **la estructura, el alcance y la magnitud requeridos, de las prestaciones a entregar**.

Si observamos una empresa privada de cualquier tamaño, veremos que su "menú de trabajo", en lo que respecta a su misión, está definido por la atención a su demanda presente, es decir, formada por aquellos que de alguna manera adquieren los bienes o servicios que tal empresa produce. Un esfuerzo adicional será desplegado por ésta a fin de que una mayor cantidad de personas o entidades se conviertan en clientes, pero éste es un esfuerzo a futuro. Si éste fuese el caso del estado, el menú de trabajo se circunscribiría a esta demanda visible que acude a solicitar sus servicios.

La acción del estado difiere en forma importante de lo anterior. Esto se debe a dos elementos particulares:

A) Una parte importante de la determinación de bienes y servicios que son provistas por el estado se origina en su llamada "función distributiva", es decir, ofrecer estos bienes y servicios a personas que por su situación económica actual o por otras dificultades de acceso, no están en condiciones de adquirirlos en el mercado. La lógica de esto es que se trasladen recursos económicos de aquellas entidades e individuos que generan renta

o consumen, a los que están en situación de pobreza, a través de los impuestos que los primeros pagan.

Obviamente, en esto es importante la identificación clara de estos beneficiarios, a fin de no incurrir en errores de asignación: los fenómenos de *filtraciones* (proporcionarlo a quienes no lo ameritan) y *exclusiones* (lo contrario), los cuales pueden desvirtuar los objetivos para los cuales se diseñó tal asignación distributiva.

Una forma de exclusión muy generalizada en el estado es, simplemente, no visualizar a aquellos que deberían estar entre los que encuentren cobertura de servicios distributivos. En particular, en el campo de la salud, nos referimos a quienes, queriendo ser atendidos no la reciben, dado que no pueden acceder, sea por capacidad de los puntos de atención, sea por barreras de acceso. Pero también a aquellos, que no tienen capacidad para reconocer cuándo deben solicitar determinados servicios, fundamentalmente, pero no únicamente, preventivos.

Precisamente estos sectores son “los pobre de los pobres”, aquellos que deberían ser incorporados con mayor razón a esta función distributiva del estado. Esto es un elemento básico en el término bastante resaltado en los últimos tiempos, **la inclusión social**.

B) En salud hay una particularidad en varios de sus “productos”, los que corresponden a lo que en economía se denomina “*bienes meritorios*”, es decir, aquellos bienes y servicios que no sólo sirven para quien los consume sino que benefician (externalidades positivas) o afectan (externalidades negativas) a otros. Es más, en muchos casos su no consumo puede afectar al resto (algo así como externalidades negativas del no consumo). De esto se genera la necesidad de que, para determinadas prestaciones, se hace deseable o incluso imperativo que los ciudadanos sean sus “beneficiarios” (aunque por voluntad propia no lo hagan).

Un ejemplo muy claro es la vacunación. Un individuo que no se vacuna, va a ser un potencial enfermo en el mal que la vacuna limita y, de esta forma, va a ser una fuente de su diseminación para otros. Igualmente, una persona que acumula objetos con agua en una zona de dengue va a facilitar la reproducción del vehículo transmisor, el mosquito y por ello, la expansión de la enfermedad.

Existe en el cuidado de la salud un campo bastante amplio de casos en que tiene importancia sustantiva este tipo de bienes meritorios. Y es que la salud, a diferencia de cualquier bien comercial, donde la persona puede ser independiente en sus decisiones de consumo, hay muchas formas de externalización que generan las conductas de consumo y de comportamiento.

Estas formas de bienes meritorios no sólo corresponden a atenciones en el sentido clásico de la práctica médica, sino que incluye un amplio rubro de lo que se denomina “prácticas

saludables", cuya ausencia afecta, además del propio individuo, a los demás y al aparato público de salud. Prácticas tan simples como lavarse las manos o saber alimentarse mejor con lo que se tiene pueden cambiar significativamente el perfil epidemiológico del país.

Una muy importante -y muy poco visible y bastante ausente en la agenda pública-, es el desorden y descontrol en el tránsito y el transporte público, que ha convertido a los accidentes en una de las principales causas de muerte y deshabilitación de personas (que finalmente van a terminar en establecimientos públicos de salud). También la violencia barrial y en el seno de las familias; la contaminación derivada de la producción, igualmente; la desnutrición, que es el núcleo central del piloto de acción articulada, va a generar individuos con escasa participación en el mercado laboral y con capacidades truncadas que quizás hubieran sido de importancia para su comunidad o para el país.

Determinadas prestaciones de este tipo deben ser ofrecidas para todos, como es el caso de la lucha contra la contaminación o contra las malas prácticas del transporte (bienes públicos, es decir no excluyentes) o aquellas que deben ser exigibles aunque se financien de forma privada (como tener un seguro de salud o vacunarse contra determinadas enfermedades)

De acuerdo a lo expuesto, el "menú de trabajo" para la práctica pública de salud:

a) Debe comprender un conjunto de prestaciones orientadas a los individuos, familias y comunidades, de acuerdo a la clasificación de servicios presentada, para la población que es de responsabilidad del estado

b) Debe incorporar determinadas acciones dirigidas a la población total

c) No puede limitarse a atender a los que acuden a solicitar atención, como sucedería en una empresa comercial, sino que debe atender, incluso con mayor intensidad, a la población que no acude, es decir, como ya se señaló, donde la función distributiva se hace más urgente.

d) Debe privilegiar las acciones de prevención respecto a las de curación, como estrategia más efectiva y más económica en la lucha contra la enfermedad. Así, si se incorporara en forma real la práctica de lavado de manos, podría asegurarse una disminución significativa en la incidencia de EDA's e IRA's , que son las principales formas de enfermedad y muerte en los niños.

e) Los ítems anteriores implican que un esfuerzo particular debe dirigirse a: 1) lograr que más personas acudan a los establecimientos, donde sea posible; y 2) desarrollar las actividades necesarias por fuera de los establecimientos

¿Cuál es la situación actual del cumplimiento del "menú de trabajo"?

Desde el punto de vista normativo y de los documentos, mensajes y pronunciamientos del Ministerio de Salud y de los organismos sectoriales regionales o subregionales, puede decirse que el conjunto de prestaciones mencionadas como servicios al individuo, la familia y la comunidad forman parte del "menú de trabajo" de salud.

Sin embargo, y esto forma parte de la práctica real del estado peruano en general, no siempre es equivalente el que algo se encuentre normado o presentado formalmente, a que ello se lleve a cabo en la práctica real o que tal práctica sea sistemática e incorpore a la población objetivo en el nivel de cobertura requerido (y a niveles de calidad adecuados).

Esto último, la práctica no sistemática, lleva a que cuando un gerente público defiende su gestión, se ampare en "lo que se viene haciendo", que posiblemente incluye a todos los tipos de intervenciones ya mencionadas, **aunque no siempre esto sea igual a "lo que debería hacerse" (en alcance, cantidad y calidad)**.

A continuación vamos a examinar la práctica acerca de los elementos mencionados respecto al "menú de trabajo". Primero, haremos una mirada cualitativa y luego revisaremos información cuantitativa obtenida.

a) Individuo, familia y comunidad

La actuación del sector público de salud, en lo fundamental, se orienta a la atención de individuos y, podríamos decir, acompañada de acciones intermitentes dirigidas a los contextos de familia y comunidad.

Obviamente, hay ejemplos numerosos de lo contrario pero que no equivalen a un accionar sistemático y definido por la situación real, es decir, por la existencia claramente identificada de individuos y factores de riesgo concretos en ambos contextos.

Las visitas a poblaciones alejadas se originan en programaciones definidas por los mismos establecimientos[32], la existencia de crisis específicas (como el caso de la epidemia del dengue) o a dinámicas puntuales definidas por campañas establecidas en los niveles nacional, regional o provincial. Sin embargo, esto no representan en modo alguno una acción continuada que asegure, por ejemplo, el seguimiento longitudinal[33] de los individuos de una localidad determinada.

[32] Por ejemplo, en entrevista con un responsable de un puesto de salud, éste refería que hacía una visita mensual a una comunidad. Eso equivale a llegar a cada una no más de dos veces por año. Pero en ésta y otras entrevistas, se transmite el hecho de que esto es muy variable, desde aquellos que hacen muy poco o nada, hasta los que hacen un verdadero apostolado.

[33] El seguimiento longitudinal, parte fundamental de la lucha contra la desnutrición y otros males, significa controlar el desarrollo de un individuo desde su concepción hasta que éste alcance los tres años de edad.

b) Prevención vs. recuperación

Quizás uno de los temas más saltantes y claros sea el señalamiento, aceptado por todos, de que debe privilegiarse la prevención frente a la atención de enfermedades. Nuevamente, en esto falta una actitud más integral y sistemática.

Es cierto que existe un esfuerzo sostenido, desde hace mucho, para el control de la parte más vulnerable de los individuos sanos (niños de 0 a 3 años y gestantes), sobre todo en aspectos como la vacunación, control del crecimiento del niño y seguimiento de gestantes, así como salud reproductiva en mujeres; lo cual es parte muy significativa del manejo y control de indicadores del desempeño en torno a las variables "atendidos" y "atenciones" de amplia difusión en el sector a nivel nacional.

Sin embargo, este énfasis, a) no ha logrado que se cubra totalmente en atendidos y atenciones, a la población objetivo y, b) no se ha ampliado significativamente al resto de la población: niños mayores de 3 años, adolescentes y jóvenes, adultos y ancianos. Hay que incluir, así mismo, lo descrito en el numeral anterior, que representa actividades preventivas en donde las personas residen y actúan.

Nuevamente, esta debilidad en la prevención debe estar generando un incremento de las personas enfermas, en muchos casos en estado avanzado, que van a asistir a los establecimientos públicos para su atención recuperativa.

c) Atención a quienes no acuden por impulso propio

A pesar de la defensa frecuente acerca de la importancia del denominado trabajo extramural (quizás este nombre responde en parte a la visión inconsciente que genera esta desatención, que fija en el intra-muro –el establecimiento- el "centro del mundo"[34]), la actividad principal, de lejos, es desarrollada en el interior de los establecimientos.

Bajo el modelo actual de operación, no existe forma de que los establecimientos estén en condiciones de conocer:

i. Quiénes no acuden a pesar no tener barreras de acceso (por estar cercanos, asegurados por el SIS, etc.)

ii. Quiénes no acuden por tener dificultades reales para ello,

tanto para prestaciones preventivas como recuperativas. Esto en gran parte porque no existe una identificación concreta de la población bajo responsabilidad. Las personas se convierten en "atendidos" y estos sólo sirven para fines estadísticos. A partir de lo anterior es muy difícil que, aunque hubiera la decisión de atender a aquellos que no asisten a los establecimientos o no asisten en la frecuencia debida, se pueda tener mecanismos que lo permitan.

[34] Similar al concepto capitalino de "Lima" y "provincias" o al concepto utilizado en el primer nivel de "periferia" donde muchos de los prestadores del primer nivel se auto definen coloquialmente.

Parte del problema es que la información de atenciones, aparentemente, sólo sirve para el consumo hacia arriba, ya que no regresa a las instancias de prestación –específicamente del SIS y del HIS- excepto cuando sirve para controlar el rendimiento.

Las visitas a zonas dispersas son insuficientes y lo son también, las actividades para promover la asistencia en las zonas adyacentes a los establecimientos, en este último caso, en las atenciones preventivas.

En el caso de aquellos niños menores y gestantes que han asistido al menos alguna vez al establecimiento, son registrados en un libro llamado “Libro de Seguimiento de…”, que registra las distintas atenciones. Sin embargo, no podría asegurarse si este libro, que permanece en el E.S., genera una acción de vigilancia sistemática para identificar a aquellos que les correspondería venir y no lo han hecho.

d) Prestaciones para la población en general

Esta es una parte históricamente muy débil en el accionar del sector salud, a pesar de que pueda tener enorme repercusión. No hay una identificación clara de los factores de riesgo concretos que existen en el territorio, sea éste nacional, regional, provincial, distrital o a nivel de comunidades o caseríos, menos aún planes sistemáticos para enfrentarlos.

Un aspecto preocupante es la poca atención prestada a la prevención de accidentes viales que, como se ha mencionado, representa una de las principales causas de muerte y deshabilitación de personas. Por ejemplo, la vía Fernando Belaunde (Marginal), al menos en la porción que separa a Tarapoto de Moyobamba y de Juanjuí, carece de espacios para la detención de vehículos por lo que estos lo hacen al lado derecho de la carretera, además, el ganado circula por esta vía sin mucha restricción. Ambos factores pueden generar accidentes serios pero, aparentemente, no se ha hecho nada al respecto.

En otros, países esto es inadmisible, existen banquinas a los costados y los dueños de animales pueden ser severamente castigados si estos animales están sueltos cerca a la carretera. Se dirá que eso es un problema del sector transportes, pero en caso de accidentes, quienes van a tener que atender a los afectados van a ser los establecimientos. Además, es un problema de salud pública, y de los más importantes.

Otro caso, y muy reciente en cuanto al esfuerzo que el sector presta a enfrentar factores de riesgo para las poblaciones, es la muerte de varias personas en un deslizamiento de terrenos por causa de la lluvia, sucedido hace muy poco en la provincia de Picota, que indican que esa población se encontraba situada en una zona riesgosa, sin ser detectado por el estado, incluido el municipio y el sector salud.

No existe ningún esfuerzo sistemático para introducir en la población conocimientos básicos para responder frente a determinados hechos o para generar prácticas saludables. Ejemplos de esto es la técnica “RCP” (reanimación cardiopulmonar) que en los Estados Unidos y en otros países es enseñado desde la escuela y que puede salvar vidas; las medidas básicas frente a un atoro alimenticio, choque eléctrico o traumatismo; las formas

de contactar al establecimiento de salud ante una emergencia, la identificación de signos de alarma, por citar algunos temas.

Por supuesto, tampoco aspectos como lavarse las manos, procurarse agua segura, disposición adecuada de excretas y residuos, manejo de velas e instalaciones eléctricas sobrecargadas, etc.; son parte de un mensaje continuo para la población, que el sector salud debería estar realizando en forma permanente a través de medios masivos como la televisión, la radio, impresos, etc.

Todo esto no cuesta mucho y puede evitar daños o que estos tengan resultados más negativos.

Un comentario aparte, en el nivel local y de comunidades y caseríos, merece la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables que si tiene un sistema simple y apropiable por la comunidad de seguimiento de factores de riesgo en tales niveles que incluso trascienden lo estrictamente sanitario, incluyendo aspectos sociales como reglas de convivencia, limpieza pública, cuidado de desfogues de agua pluvial, etc.

Sobre todos estos aspectos que deberían formar parte del "menú de trabajo" del sector salud, no quiere decir que no se haga nada, existiendo muchos esfuerzos, muchas veces realmente abnegados de personas y establecimientos, **sino que lo que se hace no es sistemático, tampoco sintonizado a las necesidades reales y menos aún sujeto a seguimiento para ver si se avanza o no en obtener resultados.**

ALGUNA INFORMACIÓN CUANTITATIVA

Para sustentar las afirmaciones señaladas en el punto anterior, se presenta a continuación información recopilada en la MR Soritor, una de las dos micro redes que han sido incorporadas en el piloto de gestión articulada contra la DCI en San Martín:

A) Coberturas

En primer lugar, el siguiente cuadro presenta la información de cobertura de grupos de riesgo en cada una de los establecimientos y global de la micro-red Soritor[35]:

[35] Información presentada por los mismos establecimientos en el **Taller de Sectorización** realizado la primera semana de octubre 2012, en los distritos de Soritor y Jepelacio

RESULTADOS DE COBERTURA – CONTROLES INDIVIDUOS SANOS MICRO RED SORITOR

(En porcentaje)

ESTABLECIMIENTO	NIÑO		GESTANTE	MUJER FÉRTIL
	CRED	VACUNACIÓN		
MICRO RED	21	n.d.	47,8	46
CENTRO DE SALUD SORITOR	17	n.d.	32	30
CENTRO DE SALUD HABANA	31,3	40,4	31,5	n.d.
CENTRO DE SALUD SAN MARCOS	38	38,5	45,2	43
PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN	200	200	n.d.	316
PUESTO DE SALUD ALTO PERÚ	60	6	29	n.d.
PUESTO DE SALUD JERICÓ	150	150	85	85

Como puede verse, existe una gran disparidad, habiendo de un lado coberturas limitadas junto a otras que hasta duplican la cantidad de personas tomadas como referencia. De esto puede derivarse dos observaciones:

1. Existe en general una cobertura que es insuficiente sobre todo en el caso de niños (con una cobertura CRED de 21% a nivel de toda la micro-red.
2. La existencia de valores que exceden el 100% indican que la determinación del denominador utilizado no es real. Esto es así porque corresponde a una estimación realizada a partir de valores del censo de población del año 2007.

Una región tan dinámica como San Martín, ha venido cambiando mucho desde entonces, al igual que muchas otras zonas del país. Obviamente, esto también debe afectar a los valores deficitarios, no se sabe si para empeorarlos o mejorarlos. **Esto no pasaría si se tomara valores reales a partir de la población existente** y no de una salida de la "cocina estadística".

Una sospecha que podría tenerse y que habría que confirmar por supuesto, es que si lográramos identificar en forma real a la población, los valores reales de cobertura serían

aún menores. Como dice el lema que el INEI ha venido utilizando por años "*Sabiendo lo que tenemos, sabremos lo que nos falta*". No hay otra forma.

Un aspecto que debería analizarse con mayor detalle es qué tan adecuada es la cobertura reportada, es decir, si la cobertura de niño o gestante es dada en la intensidad de uso derivada de los protocolos de atención: 11 controles del menor de un año y 6 en la gestante.

A manera de ilustración, en las estadísticas de atención de gestante en San Martín, proporcionadas por el proyecto, hay una gran diferencia entre el rubro "gestantes con al menos un control", que sobrepasa el 80%, y "gestantes con 4 á 6 de 9 controles" que está en 42%[36].

La información presentada de Soritor es consistente con las estadísticas nacionales del Ministerio de Salud. De acuerdo a información extraída de la página institucional del MINSA, las coberturas a nivel nacional y en San Martín son, al 2011:[37]

Control CRED, menores de 3 años:

Entre 20 y 25% a nivel nacional para os distintos grupos reportados: 0-29 días, 1 a 11 meses, 1 año y 2 años y entre 35 y 36%, en San Martín

Inmunizaciones:

Nacional, alrededor del 42% para menores de un año en las distintas vacunas: BCG, Pentavalente, HvB, antipolio, rotavirus y sarampión-paperas-rubeola. San Martín, entre 6 y 18% de las mismas, siendo el de menor cobertura en comparación las otras regiones.

Control de Gestantes (6 controles):

No aparece dato nacional en las estadísticas consultadas y en San Martín la cobertura está en 27.2%.

B) Información de producción

De acuerdo a reportes de producción de atenciones registradas por el SIS en el Centro de Salud Soritor, respecto a la Micro Red Soritor, tenemos la siguiente información de

[36] Aparentemte, una explicación de esta diferencia es que el control mencionado en "al menos un control" podría corresponder a un control desarrollado cuando ya hay trabajo de parto, cuando acuden la gestante al establecimiento.

[37] Ver: http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2

producción enero - mayo 2012. Cabe mencionar que las atenciones del SIS representan alrededor del 80% de atenciones totales, es decir, son representativas de la producción de la micro-red:

ESTABLECIMIENTO	MESES - AÑO 2012					PROMEDIO	PROMEDIO DIARIO	PROFESIO-NALES	ATENCIONES/ PERSONA
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO				
C.S. SORITOR	1143	1141	1216	957	950	1081,4	49,2	36	1,4
P.S. ALTO PERU	386	290	419	252	239	317,2	14,4	2	7,2
P.S. ALTO SAN MARTIN	383	353	360	243	448	357,4	16,2	4	4,1
P.S. HABANA	301	329	248	488	363	345,8	15,7	10	1,6
P.S. JERICOB	564	566	475	451	540	519,2	23,6	4	5,9
P.S. SAN MARCOS	470	414	305	475	476	428,0	19,5	7	2,8
TOTALES	**3247**	**3093**	**3023**	**2866**	**3016**	3049,0	138,6	**63**	2

En la derecha, puede verse el promedio mensual y diario (considerando 22 días laborables). Como puede observarse, el promedio de atenciones diarias no es muy alto. Ahora, no es tan simple sacar conclusiones, dado que en algunos lugares, sobre todo los más apartados, los establecimientos más juegan un rol similar a las guardias hospitalarias, donde se espera la llegada de pacientes. De todas maneras, en estos lugares debería esperarse una mayor acción en las propias comunidades.

Un aspecto que salta a la vista, es que en varios casos, existe una producción similar a pesar de que la dotación de personal es bastante diferente. Visto de otro ángulo, se ve también en las diferencias existentes en el ratio atenciones/persona. Esto es una medida válida de la productividad del recurso humano, en general baja.

Un caso a mencionar es el del CS Soritor donde, de acuerdo a señalamientos obtenidos en el taller de sectorización, los usuarios esperan cupo de atención desde las 3 am y algunos por esta razón, intentan registrarse en otros establecimientos, a pesar de que en las cifras no puede observarse una demanda muy grande.

Composición de las Atenciones

El siguiente cuadro presenta, en forma consolidada, la información del Anexo 2 respecto a las atenciones procesadas por el SIS de la micro red Soritor para mayo 2012. Como puede verse en los valores finales, que suman y obtienen la composición de estas prestaciones, prácticamente el 60% de las atenciones pueden ser clasificadas como recuperativas.

El rubro “Consulta Externa” representa casi la mitad de las atenciones, 1,362, seguido de lejos por el control de crecimiento, 333 y la atención de gestantes, 210 (“atención prenatal”).

Dado que éstas son atenciones financiadas por el SIS, puede estimarse que las atenciones no SIS (que podrían estimarse en un 25% de lo anterior) deban tener una composición mayor de tipo recuperativo, que es el principal auto-incentivo de los usuarios de servicios de salud.

Además, sólo el 4% del total (101 atenciones) son reportadas como extramurales, lo que equivaldría a un promedio de unas 4 atenciones diarias en toda la micro-red. Hay que resaltar que son atenciones SIS, es decir, posiblemente no incluyan campañas en zonas dispersas que incluyen distintos tipos de intervenciones (charlas, sesiones demostrativas, curaciones y controles).

Sobre otro tipo de atenciones, más orientadas a familias y comunidades, no se ha podido revisar información al respecto. En general, se hacen actividades periódicas, de visitas a comunidades, de campañas vacunación, de limpieza de ductos de drenaje, control de murciélagos y, por supuesto, esfuerzos contra el dengue que se ha elevado peligrosamente en la región.

ATENCIONES MR SORITOR - MAYO 2012

TIPO DE ATENCIÓN	CANTIDAD	TIPO
Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	101	P
Atención inmediata del recién nacido normal	23	P
Atención prenatal	210	P
Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	23	P
Control de crecimiento y desarrollo en niños	333	P
Control de crecimiento y desarrollo en menores de 5-9 años	8	P
Detección de problemas en Salud Mental	98	P
Detección precoz de cáncer cérvico-uterino	1	P
Estimulación temprana	54	P
Examenes laboratorio completo de la gestante	49	P
Prevencion de caries	36	P
Profilaxis antiparasitaria	3	P
Salud reproductiva (planificación familiar)	190	P
Suplemento de micronutrientes	73	P
Atención de parto vaginal	35	R
Atención del puerperio normal	42	R
Atención en tópico	50	R
Atención por emergencia	91	R
Consulta externa	1.362	R
Extracción dental (exodoncia)	31	R
Obturación y curación dental compuesta	34	R
Salud Bucal	6	R
TOTAL ATENCIONES MAYO 2012	2.853	

ATENCIONES PREVENTIVAS	1.202	42%
ATENCIONES RECUPERATIVAS	1.651	58%
ATENCIONES INTRAMURALES	2.752	96%
ATENCIONES EXTRAMURALES	101	4%

INTENTANDO EXPLICAR LA SITUACIÓN DESCRITA

Para entender las debilidades en cuanto a las coberturas y a producción de servicios, sobre todo en el caso de individuos, hay que analizar la exclusión del lado de los usuarios, así como los procesos propios en el lado de los prestadores, ya que éste es "un puente que debe ser transitado desde los dos lados":

A) Los factores que limitan la llegada de la gente a los establecimientos

Estos tienen que ver con el acceso económico, cultural y geográfico. Habría que añadir uno adicional, como un factor de "expulsión" de demanda que tiene que ver con la capacidad de recibir cupo de atención y, en general, de la calidad de atención (incluido trato, tiempo de espera, entrega de medicamentos, instalaciones apropiadas, entre otros factores). Sobre esto se hablará más adelante al presentar el proceso de atención.

Sobre el factor económico, en la zona no debería ser una limitación ya que, en general, se trata de sectores que son población objetivo del SIS; salvo un aspecto: las absurdas limitaciones que pone el seguro integral para inscribir a personas que:

- No tienen DNI.
- Tienen préstamos bancarios

En el primer caso, es importante que Salud colabore con los esfuerzos, del estado en general y, del RENIEC en particular, para lograr que todas las personas cuenten con este documento, pero no puede limitar que los que no lo tengan, principalmente los niños, es decir el grupo más vulnerable, se queden sin recibir atención o deba ser pagada si no les corresponde. Podrían darse presiones para que los usuarios cumplan con el registro civil e incluso dar plazos, pero más importante, en el caso de poblaciones dispersas, sería que el RENIEC desarrolle visitas a estas poblaciones.

En el segundo caso, la zona es de agricultores y como parte de su realidad deben de solicitar préstamos para soportar sus campañas y esto no los convierte necesariamente en no pobres. En todo caso, puede servir para el SIS como una señal de alerta que los conduzca a realizar una identificación fina, con visita domiciliaria y evaluación específica. Más no debería ser una limitación de la atención subsidiada, per se.

En lo cultural, puede intervenir desde el desconocimiento de la gente de la importancia de hacer algo por su salud hasta la negación a asistir por temas religiosos (presente, por ejemplo, en algunos grupos evangélicos), creencias ancestrales o simplemente populares acerca de preferencia por chamanes, parteras, etc.

En el caso de los controles, es difícil que la gente asocie el esfuerzo que demande asistir al establecimiento (que significa además del tiempo de traslado y espera, el dejar la familia

y/o actividades productivas) con sus beneficios. Respecto a lo recuperativo que generalmente "duele", existen más incentivos pero también la posibilidad de subestimar síntomas que pueden ser signos de alarma y convertirse en casos muy graves, que podrían evitarse con una acción anterior. Todo esto no se limita a lo disperso sino que esta dificultad, sobre todo para los controles, está muy presente en las zonas urbanas.

Otro elemento contundente es el factor geográfico, que actúa en los dos lados de la ecuación, limitando a unos y a otros. Estamos hablando de horas de desplazamiento, caminos difíciles y riesgos reales. Dejar, unos, la casa la actividad productiva; los otros, dejar el establecimiento, afectar la vida personal, etc.

Son estos elementos, los culturales y las dificultades de acceso geográfico, **los obstáculos más importantes que limitan que la gente acuda a prevenir y tratar su salud.**

Sobre los aspectos culturales, en sus diversas manifestaciones, hay que trabajar en forma intensa y reiterativa para lograr el cambio, desde varios frentes. Estas actividades deben de ser parte importante del menú de trabajo pero no se le estaría dando la continuidad necesaria. Es posible que se estén realizando algunas campañas pero, a partir de la evaluación de los resultados de cobertura, sin mucho éxito.

Sobre los aspectos geográficos, es importante aumentar los esfuerzos por mejorar la conectividad a nivel de zonas dispersas, tanto de la administración nacional y regional como de la administración municipal. También, el ampliar los mecanismos que permiten extender la presencia del sector salud en las comunidades alejadas.

B) Los procesos de atención en los establecimientos

Del mapa de procesos presentado, hay dos procesos (en realidad dos versiones del proceso de consulta externa) de atención que son desarrollados, aunque no exclusivamente, en los establecimientos: los controles de individuos sanos y la atención recuperativa.

Estos procesos tienen un conjunto de actividades comunes, como son:

- Admisión (incluye inscripción en el SIS y/o apertura de historia clínica, si es la primera vez)
- Búsqueda de la historia clínica (H.C.)
- Pagos en caja (por H.C. , consulta e inscripción SIS según el caso)
- Espera de atención
- Atención propiamente dicha
- Podría incluir, nuevamente caja, laboratorio (cuando hay el servicio) y farmacia.

En general, estos pasos no representan cuellos de botella importantes, aunque podrían cambiar significativamente cuando se instale el software GalenHos, al almacenar en forma electrónica la información de detalle y soportar las operaciones generadas en la atención del usuario.

En el caso de la propia atención en el consultorio, ahí se presentan los mayores cuellos de botella:

En los controles, como producto de los "silos funcionales", a la par de la consulta profesional propiamente dicha, el personal de salud tiene que llenar un conjunto de formatos para cada usuario:

i) Historia clínica (que debería ser el documento básico de la atención)

ii) Registro diario de vacunas (niños)

iii) Sistema de información del estado nutricional (SIEN), para niños y el Formato de registro diario de Gestantes (Sistema de vigilancia alimentaria nutricional)

iv) Registro diario de atenciones (HIS)

v) Ficha de atención SIS

vi) Libro de Seguimiento (de niños y de gestantes)

En estos registros, se repiten datos como nro. de historia clínica, DNI, nombres, domicilio, diagnóstico y la información es básicamente la misma que podría estar en un registro único de personas y de historias clínicas

Adicionalmente, tiene que dar información a la madre o gestante, sobre cuidados, lactancia, nutrición y otras prácticas saludables.

En los controles de niños, debe realizarse pruebas de desarrollo motoro y mental y llevarlo a un registro (Protocolo de la escala de evaluación del desarrollo del niño de 0 a 2 años y otro similar para 2 a 5 años).

Sólo el llenado de formatos, de acuerdo a declaraciones de los profesionales de salud, toma de 20 a 30 minutos por caso, "haciéndolo rápido".

Si le añadimos la información de prácticas saludables, estamos hablando de una atención que fácilmente puede durar 50 minutos o hasta más de una hora y, quizás, **debilitando la**

atención que debería estar prestando el profesional a la situación concreta del niño o gestante controlados.

La capacidad de atención, por profesional, es de esta manera apenas 1 - 1.5 pacientes por hora, por la carga excesiva de formatos a llenar y la estructura propia de la sesión de atención. **Esto limita significativamente la productividad de los profesionales de salud**.

También hay registros de tipo mensuales que deben ser llenados. Estos son de tipo consolidado del mes en temas como salud reproductiva, biológicos (movimiento de biológicos e informe analítico), laboratorio (actividades e insumos) y farmacia.

Toda esta información es de consumo hacia arriba, para elaborar los indicadores de atención. Por ejemplo, en establecimientos visitados, estos **ni siquiera conocen la producción y el monto pagado por las atenciones a usuarios SIS.**

En las atenciones recuperativas, el proceso básico es el mismo y existe también la influencia ejercida por los "silos funcionales" expresada por los requerimientos de llenado de formatos:

i) Historia clínica (que debería ser el documento básico de la atención)

ii) Registro diario de atenciones (HIS)

iii) Ficha de atención SIS

iv) Formatos específicos para enfermedades sujetas a vigilancia especial y a estrategias nacionales

Los formatos específicos en general requieren bastante información y corresponde principalmente a daños como leichmaniasis, dengue, malaria, animales ponzoñosos, salud reproductiva, tuberculosis, además de la ficha de información de enfermedades de notificación obligatoria para la Oficina de Epidemiología. A pesar de la desaparición de los denominados "programas verticales", muchos de sus formatos continúan siendo utilizados (al igual que del PAI, para vacunas).

Esta información, por supuesto que es necesaria, pero debería ser registrada asociada a la historia clínica a través del sistema de información, como una ficha especial que aparezca cuando el diagnóstico presunto o confirmado sea uno que esté entre las enfermedades mencionadas.

Los formatos más utilizados pueden ser visualizados en el Anexo IV, al final de este documento.

C) La atención fuera de los establecimientos

La llamada atención extramural tiene dos ámbitos básicos adonde se desarrolla: la zona urbana y peri-urbana, relativamente aledaña a los establecimientos de salud y las zonas rurales, más dispersas.

En el primer caso, ésta debería orientarse más a conocer y tratar las formas de vida de la gente en aspectos vinculados a lo sanitario (vivienda y comunidad) y a estimular para que las personas asistan al establecimiento para aspectos preventivos y recuperativos.

En el segundo, se trata de un conjunto bastante diverso de actividades de prestación individual de control y de recuperación, de difusión de prácticas saludables, de suplementación alimentaria, de verificación in situ de factores de riesgo en la familia y en la comunidad.

Requiere, en ambos casos, estimular los esfuerzos intersectoriales para defender la salud conjuntamente con la población y sus autoridades, tanto a nivel distrital: los municipios, como a nivel de caseríos y comunidades: las juntas vecinales comunales.

La Estrategia de Campañas de Atención integral

Existe una tendencia a pretender realizar, en la visita extramural a zonas alejadas, todas las actividades juntas, como una forma de "aprovechar que se llegó hasta ahí". Sin embargo, y como se ve claramente en las zonas pobladas, tienen o requieren distintas dinámicas:

Los controles siguen una secuencia determinada, la cual podría ser reducida en alguna medida para bajar la frecuencia de visitas a zonas alejadas, pero no debería ser aleatoria o eventual.

La introducción de prácticas saludables no tienen, ni con lo anterior, ni entre si, necesariamente dinámicas similares. Tampoco la vigilancia y limitación de factores de riesgo en la vivienda y en la comunidad.

Algunas cosas pueden ser solucionadas en una o pocas visitas, otras serán producto de un trabajo más constante y reiterativo. Algunas deben acompañar las consultas de control, otras no necesariamente. Algunas de estas podrán ser realizadas por un generalista, otras no ya que requieren de mayor especialización o competencias especiales, por ejemplo, la comunicación y el mercadeo social. Algunas pueden ser promovidas con material audiovisual (videos, audios o impresos) preparado centralmente, y esto podría ser más efectivo que utilizar los profesionales disponibles en una zona determinada.

Las atenciones recuperativas, dependen de la ocurrencia de enfermedades. Encontrar casos cuando se visita un lugar alejado es ineludible y necesario, pero no soluciona el problema para el resto del tiempo. Entonces, la gente va a dirigirse a los establecimientos cuando la situación es crítica, es decir, más complicada e insegura.

Esto debe poner en cuestión la estrategia, muy utilizada en el campo de la salud pública en el país, de las campañas de atención integral. En éstas, se moviliza a equipos ad hoc que visitan poblaciones determinadas y realizan un conjunto de actividades preventivas y recuperativas. Evidentemente, ante no recibir ninguna atención, puede considerarse que mejor es desarrollar campañas de atención integral, pero, de ninguna manera, puede compensar la falta de una acción continuada sobre la población.

Es evidente que este tipo de actividad debería ser reemplazada por la de identificación real de las personas y la estructuración de un conjunto de servicios para éstas en el tiempo. Desde este punto de vista, las campañas pasarían a tener otra naturaleza, con contenidos más acotados, por ejemplo, para desarrollar determinado conceptos o prácticas en la gente, inclusive para invitarlos a asistir periódicamente al establecimiento.

Se requiere formas de monitorizar y actuar en una forma más “en línea” con las ocurrencias, lo cual sería válido para las zonas pobladas, en los horarios en que los establecimientos no están atendiendo.

Los Conflictos Existentes en un Recurso Escaso: el Tiempo disponible

Ya se ha hablado de que los procesos al interior de los establecimientos representan una forma de consumir en exceso el tiempo disponible de los profesionales de salud. Adicionalmente, existe la necesidad de realizar actividades afuera, en las comunidades dispersas y poblaciones.

Si añadimos que, los establecimientos en general y, en mayor grado, aquellos que están más en relación con las zonas dispersas, tienen dotaciones de personal muy limitadas, entonces hay una competencia por este recurso escaso, entre atender al interior y al exterior de estos establecimientos, sobre todo en el caso de los establecimientos más pequeños donde si salen dejan sin atención a los que acuden a recibir atención. Se incluye en esto no sólo las campañas integrales sino determinadas acciones con la comunidad, como limpieza de ductos de desagüe pluvial, arborización, vacunaciones, etc.

Un tema a estudiar y cuantificar es otro rubro de consumo del tiempo disponible: las actividades hacia adentro de la organización de salud, en la forma de reuniones de trabajo, capacitaciones, talleres de trabajo grupal y supervisiones. Como hay requerimientos para esto que surgen tanto de los “silos funcionales” y los niveles organizativos, puede preverse que estos puedan ser mayores a lo deseable, por lo que debería de verse una forma de racionalizarlos, dado que siendo necesarios tampoco deben agravar este conflicto con el tiempo escaso disponible.

LOS PROCESOS DE SOPORTE

En los procesos de soporte pasa un fenómeno en alguna medida contrario a lo que sucede en la prestación. En esta última, la acción de los prestadores se complejiza por las formas que tienen los procesos respectivos. En el caso del soporte, la acción de los prestadores supuestamente se simplifica (aunque no tanto como veremos) y se complejiza la acción de los órganos encargados, las unidades ejecutoras, para lidiar con las normas del sector público.

Claro está, esto es válido para la parte de actividades del proceso pero, por otro lado, la acción de los prestadores se ve afectada importantemente por las restricciones que generan tales normas, sobre todo, por aspectos como tiempos de respuesta, falta de insumos y personal críticos, incentivos, etc.

La complejidad de la norma pública para adquisiciones y contrataciones, reforzada aún más en el terreno de los proyectos de inversión, se traduce, asimismo, en la limitación de los índices de ejecución que ha venido mostrando el sector público. Se da la paradoja de que hay dinero, producto de la mayor actividad económica, pero éste no se gasta por lo complejo.

Las Compras de Bienes y Servicios

El proceso de compras de bienes y servicios es un proceso indispensable para que se pueda mantener la operación de cualquier tipo de entidad. Sin embargo, en el estado peruano éste proceso adquiere una complejidad tal que muchas veces obstaculiza el funcionamiento, tiene un costo en recursos humanos importante y permite que la corrupción tenga en estas actividades su “centro principal de operaciones” (aunque en su diseño, se justifique su complejidad en evitarla).

Mantener un sistema eficiente y eficaz de suministros es importante dado que si no provee lo necesario, se detiene las operaciones; pero, si se adquiere en exceso, se presentarán problemas de inventarios (costos de almacenaje, costo económico de mantener fondos sin utilizarlos, costos de merma, riesgo de desastres o robos, etc.).

Una de los principales problemas reportados tanto en las entrevistas sostenidas, como en los talleres realizados en las micro redes de Soritor y Jepelacio, está referido a las adquisiciones, sobre todo demora excesiva y falta de suministros adecuados (incluidos medicamentos y biológicos) para la realización de sus actividades (en estos talleres, este problema fue señalado prácticamente por la totalidad de establecimientos).

Otro tema recogido en las entrevistas, es la falta de racionalidad en la distribución de insumos y medicamentos, donde se reparte de acuerdo a lo que se distribuyó anteriormente. El responsable de distribuir, asume el papel de “juez” en la distribución, sin relación con las actividades a desarrollar. La respuesta de estos es “para qué pides esto si el mes pasado te di tanto…”.

Se ha reportado, en la cabecera de la micro red Soritor, que los productos que llegan para ser repartidos entre los establecimientos vienen sin ningún detalle de destino interior ni valorización. Esto genera problemas adicionales:

a) la capacidad discrecional de esta cabecera para repartirlo, que podría dar lugar a cierta primacía de sus propias necesidades (que es la misma discrecionalidad que tiene la unidad ejecutora hacia abajo)

b) Las dudas acerca de si lo que se recibe en medicamentos e insumos tiene alguna relación con lo que se hace y, también, con lo que cada establecimiento y el conjunto de la micro-red generan con su producción del SIS.

c) En dos oportunidades, responsables de establecimientos han señalado que existe una sobrevaloración cuando se coloca valores (no siempre se hace) en los suministros que llegan a las micro redes, la cual puede representar reportar un valor varias veces mayor (se ha hablado de 3 a 5 veces) como forma de justificar lo que se les entrega.

Así mismo, y esto tiene relación con lo referido acerca del poder en este documento, al presentar los procesos de control, también se ha señalado repetidamente el comportamiento, llamaremos asimétrico, que existe entre el “repartidor” de insumos y los establecimientos, en temas como hacer esperar, trato displicente, horarios limitados de atención, no atender preferentemente cuando hay necesidades urgentes, etc.

Una práctica que se ha incrementado, es que los establecimientos, de todo nivel, asisten directamente a las unidades ejecutoras para solicitar y recoger sus requerimientos, incrementando las actividades de desperdicio (traslados, esperas, etc.) y quitando tiempo que debería enfocarse en la prestación.

Una conclusión lógica, que podría aparecer de inmediato, sería que **deberían ser los mismos establecimientos los que tuvieran que lidiar con sus propias adquisiciones** apelando a sistemas modernos que, por un lado, aseguren calidad y precio adecuados y por otro, no signifiquen incrementar los costos de proceso, la carga de trabajo de estos. Las ganancias serían claras:

a) Adecuación precisa a las necesidades reales

b) Oportunidad en la provisión, incluso frente a cambios repentinos en los requerimientos (lo cual es prácticamente imposible en el sistema actual)

c) Aumento de la responsabilidad de los establecimientos y posibilidad de generar arreglos (por ejemplo reforzar la prevención para reducir enfermedades) que le permitan administrar mejor sus recursos

d) Aumento de la motivación de los prestadores al pasar a un estado que llamaremos “adulto” o autónomo (la autonomía es uno de los principales factores de motivación en

las organizaciones), que tienen que relacionar lo que hacen con lo que gastan, como cualquier persona que vive de sus ingresos o cualquier pequeña empresa.

Se dan tres razones en contra: que es mejor un ente especializado que va a conocer cómo hacerlo, que hay que quitarles ese trabajo para que se dediquen a la prestación y, que se obtienen mejores condiciones con la compra centralizada (históricamente, esta razón su usó para resaltar la compra nacional y ahora, con la descentralización, las compras regionales o provinciales).

Respecto a las dos primeras razones, hay que señalar que la primera actividad en el largo ciclo de las adquisiciones es que los establecimientos preparen sus requerimientos, a través del Cuadro de Necesidades o documento similar. Es decir, ellos están en capacidad de calcular sus necesidades (lo cual podría ser ayudado con un sistema informático de programación de actividades y cálculo de necesidades). En el proceso tradicional, que veremos a continuación en mayor detalle, este documento es llevado a una entidad superior, en este caso la cabecera de micro-red y luego a la unidad ejecutora (o directamente como se vio antes).

Si fuera posible hacer que este requerimiento fuera directamente al proveedor, inclusive con la obligación de este último de llevarlo al mismo establecimiento o a un punto cercano, no requeriría ninguna habilidad ni tampoco esfuerzo mayor, adicionales a lo que hoy en día existen. Incluso estos esfuerzos serían menores, tanto para el propio establecimiento, como para la cadena de consolidación hasta la unidad ejecutora.

Para evaluar la tercera razón, las compras centralizadas, es importante analizar el proceso de compra.

EL PROCESO DE COMPRAS

El proceso de compras y contrataciones, **en su versión en general,** aplicable tanto a una compra personal en una tienda del vecindario como para adquirir los suministros de una gran organización, tiene varias etapas, que representan pasos que generan valor y son necesarias a los fines de soportar las actividades:

1. Definir lo que se requiere adquirir:
    a. Establecer técnicamente y/o por preferencias la necesidad
    b. Cuantificar el requerimiento
2. Seleccionar la entidad que puede proveer la necesidad en las mejores condiciones:
    a. Analizar el mercado específico
    b. Buscar ofertas bajo esquemas de competencia
    c. Escoger a quién se compra

3. Comprarlo o contratarlo:
    a. Pedir lo requerido
    b. Establecer compromisos y contratos, si hubiera necesidad
4. Recibirlo y pagarlo:
    a. Recepcionar y verificar bienes
    b. Almacenarlo
    c. Pagarlo
5. Distribuirlo y/o utilizarlo

Evidentemente, no todas estas etapas deben de ser realizadas cada vez que se compra, dado que algunas de ellas son definidas por fuera de cada compra específica.

Respecto a la secuencia de actividades ya presentada, 1-a, 2-a,b,c; y 3-b pueden ser definidos por fuera del proceso concreto (precisamente una de las medidas más efectivas de la mejora de procesos es sacar actividades de las secuencias sincrónicas y realizarlas aparte para que sirvan a muchas instancias del proceso. Sólo para citar el primer caso (1-a), el Ministerio de Salud tiene diversos medicamentos e insumos pre-definidos en protocolos o estándares de los servicios.

Como se trata de un proceso, no puede considerarse que el único costo presente sea el precio sino que también, como se ha visto al presentar la teoría de procesos, interviene el costo del proceso.

En el sector privado, **que tiene fuertes incentivos a minimizar costos**, existe una tendencia a que el costo de la compra sea determinado fundamentalmente por el costo del bien o servicio a adquirir, minimizándose los costos de proceso.

En el extremo de la eficiencia se encuentra el denominado “Just in Time” (Justo a tiempo), en que es el proveedor el que administra los inventarios de la empresa cliente, colocando pedidos cuando sean requeridos, minimizando los tiempos de demora del aprovisionamiento y los inventarios. Es decir, ni siquiera tienen que pedir lo que necesitan (claro que para equilibrar este poder de los proveedores, sólo se pagan los bienes cuando se utilizan).

Pero no sólo se basa en esta técnica, sino también tienen pre-definido lo que necesita y cuentan con convenios con proveedores y proveedores únicos (muchas empresas globales trabajan de esta manera, más no sólo éstas) o frecuentes (opcionalmente con revisiones por fuera de las dinámicas específicas de sus compras para verificar si hay mejores alternativas, en los que generalmente, son los proveedores quienes visitan a los responsables de compras a ofrecer mejores condiciones). Además, los trámites de compra

son muy sencillos, básicamente, emitir órdenes de compra, recibir y verificar la entrega y pagar.

Es decir, de las actividades listadas, sólo se desarrollan, dentro del proceso ordinario de compras, las actividades 1-b, 3-a y 4 y 5. Es decir, las actividades que se realizan continuamente pueden verse en el cuadro siguiente como texto resaltado, mientras que todo lo demás se ejecuta por fuera del proceso de cada compra:

ACTIVIDADES DE LAS ADQUISICIONES – SECTOR PRIVADO

1. Definir lo que se requiere adquirir: a. Establecer técnicamente y/o por preferencias la necesidad b. Cuantificar el requerimiento 2. Seleccionar la entidad que puede proveer la necesidad en las mejores condiciones: a. Analizar el mercado específico b. Buscar ofertas bajo esquemas de competencia c. Escoger a quién se compra	3. Comprarlo o contratarlo: a. Pedir lo requerido b. Establecer compromisos y contratos, si hubiera necesidad 4. Recibirlo y pagarlo: a. Recepcionar y verificar bienes b. Almacenarlo c. Pagarlo 5. Distribuirlo y/o utilizarlo

Por el contrario, en el estado, un elemento crítico es el costo del proceso que, en general, supera ampliamente al primer elemento. En general, todas las actividades señaladas en la tabla anterior se repiten y no una sino múltiples veces. Vamos a ver por qué:

EL MITO DE LA SUPERIORIDAD DE LA COMPRA CENTRALIZADA

Se ha instalado muy fuertemente la idea de que la compra centralizada es mejor para obtener buenos precios, cual dogma que prácticamente no se puede discutir. La legislación pública ha reafirmado esto, aunque con poco éxito práctico. La raíz de este supuesto errado es que el tema clave es el precio del bien o servicio, desconociendo la importancia que en el estado tiene el costo de obtener un buen precio (que como veremos más adelante, tampoco se consigue, ni remotamente), es decir, el costo del proceso de compra.

Como se verá también, las modalidades utilizadas por el estado tampoco logran obtener precios buenos, fragmentándose el peso del estado como gran comprador.

La Estimación Anual

La legislación pública ha reglamentado con mucha minuciosidad los procesos de adquisiciones, estableciendo por un lado la necesidad de una estimación anual de requerimientos (cada pliego presupuestal tiene que elaborar y presentar obligatoriamente el "Plan Anual de Contrataciones"). Esto, a su vez, detona un proceso de estimación desde la base de las organizaciones públicas que generan algunos problemas:

a) Es un proceso costoso que implica calcular los requerimientos en las organizaciones de base y, luego, un proceso piramidal de consolidación hacia arriba, que puede ser la unidad ejecutora, provincial en el caso de San Martín, o incluso hasta el nivel central.

b) No tiene mucho sentido en términos prácticos (pero si lo tiene en términos del sistema presupuestario que se inicia con bastante anterioridad), estimar cuánto vamos a requerir para el año siguiente, en agosto o setiembre del anterior (que es cuando se inicia el proceso), porque difícilmente va a resultar cierto. Si se quisiera como valor referencial, mejor sería cuantificar las adquisiciones hechas en el periodo anual anterior.

c) Además, la lógica de los organismos de base es "si me van a recortar lo que pido, mejor pido más, para que al final me den lo que requiero", es decir, no hay ninguna ganancia para un trabajo tan intenso (mayormente desperdicio en términos de proceso).

d) Finalmente, la provisión de los establecimientos, va a ser definido realmente en el mes a mes, en negociación con los órganos de logística.

Para muchos esto debe parecer poco importante, pero sólo hay que imaginar las cientos de unidades ejecutoras impulsando este proceso, haciendo trabajar hacia abajo a las miles de entidades prestadoras de nivel distrital, tanto en salud como en otros sectores. Sin embargo, esta no es la fase más costosa.

La compra propiamente dicha

Además de lo señalado en el punto anterior, los procesos propiamente dichos de adquisición son enormemente demandantes de tiempo de trabajo (nuevamente desperdicio) además que muy frágiles frente a los intentos de buscar ganancias adicionales por vías no legales, por decir algo.

La Ley de Contrataciones (Nro. 29873) especifica varias modalidades, algunas tradicionales y otras denominadas especiales.

Dentro de las tradicionales, definidas por el monto previsto de la compra, la más compleja es la **Licitación Pública**. En este caso, debe elaborarse y luego publicarse un voluminoso documento denominado “Bases de la Licitación” (fase preparatoria). Esta elaboración requiere, además de establecer con claridad las características de los bienes, un estudio previo del mercado para ver cosas como precio referencial, múltiples marcas, etc. Además de lo complejo de su elaboración, sólo a partir de la publicación, se genera todo un conjunto de consultas y respuestas, a partir de los interesados en participar.

Luego, viene la fase de presentación de propuestas (propuesta técnica y propuesta económica), la recepción de propuestas y la evaluación de éstas y el acto público de selección. Es muy común que se saque del proceso a proveedores, a veces por motivos insignificantes, como que falta algún documento o firma, y que, por alguna denuncia o problema, la licitación se declare desierta y se vuelva a cero. En general, las licitaciones toman varios meses en ejecutarse hasta la selección definitiva´, pero pueden durar más de un año.

Después, en orden de complejidad, viene el **Concurso Público**, en el cual se hace un proceso un poco más abreviado y, según la ley, se aplica sólo a la contratación de servicios.

Cuando los montos son menores, se acude a dos procedimientos de menor esfuerzo que son: la adjudicación directa (que puede ser pública o restringida) y las adquisiciones de menor cuantía. En estos casos, aparecen nuevos problemas:

a) Por un lado, se multiplican las veces en que cada unidad ejecutora realiza estas operaciones, es decir, un sinnúmero de concursos de este tipo, con el consiguiente gasto en tiempo de trabajo (desperdicio).

b) Una parte importante de los procesos son los que no requieren publicidad, es decir, las unidades compradoras invitan alrededor de tres empresas para competir (a veces en procesos arreglados).

De acuerdo a la organización Ciudadanos al Día[38]:

"Para el año 2006, el conjunto de instituciones del Estado (gobierno central, local y los organismos y empresas públicas) realizaron 175 mil procesos de compras y adquisiciones (480 operaciones por día) por un valor de S/. 18,477 millones, equivalente al 41% del presupuesto nacional y al 12% del PBI.

De ese total, el 47% de procesos se realizaron mediante los procesos de menor cuantía y adjudicación directa selectiva, es decir, sin publicación de las convocatorias."

Imaginemos el gasto en personal de los 175,000 procesos de compra de ese año, de los cuales un 23%, es decir más de 40,000, fueron licitaciones públicas, que requieren un esfuerzo muy importante. Imaginemos, por otro lado, la alta participación de procesos de compra no sujetos a una transparencia mínima y que también significan un costo enorme en recursos. En suma, ni oportunidad, ni calidad, ni transparencia.

Pero la otra pérdida importante es que con este número de adquisiciones, **se fragmenta el significado real del estado, como comprador de muchísima importancia** (como decía el texto, en el 2006 era el 12% del PBI), es decir, se desperdicia el tamaño del estado en una multiplicidad de pequeños y grandes concursos de compra. Si se tratara de cualquier corporación importante, por supuesto que haría hacer valer su peso relativo.

Otro procedimiento es **la Compra Corporativa** en que es posible reducir el número de veces que se compra, pero el proceso se complejiza aún más, por la participación de varios interlocutores, la necesidad de coordinar cronogramas, presupuestos y requerimientos. En general, a pesar de que está como una alternativa de compra, no se utiliza mucho, posiblemente por lo acá descrito.

La S**ubasta Inversa**, que puede combinarse con lo anterior, puede obtener precios mejores aún, pero los costos del proceso son similares a los que se incurre en las modalidades tradicionales.

Un costo no muy visible para todos, es el costo de la entrega y distribución: Una vez adquiridos los bienes, estos van a seguir el camino contrario, desde la UE (o el nivel central). Esto añade otros costos: desempaque y reempaque para dividirlos entre los distintos demandantes, la entrega de los bienes, normalmente a partir del traslado de personal de los establecimientos a la unidad ejecutora o viceversa; la necesidad de contar con espacios importantes para almacenar los paquetes (y los otros costos mencionados, costos de inventarios, peligros, etc.); vigilancia, sistemas de registro y procesamiento, etc.

Finalmente, existe la modalidad de **Convenios Marco**, que significa la elaboración de un catálogo electrónico con una relación de bienes y servicios que pueden ser homologables en que los proveedores aprobados pueden publicar sus productos con sus respectivos precios y algunas condiciones especiales, como flete o descuentos adicionales por volumen. Dado que este producto se oferta por igual a todas las reparticiones públicas en

[38] Ciudadanos al Día, Avance de Investigación -Contrataciones y Adquisiciones del Estado, año 2006, http://www.ciudadanosaldia.org/repositorio/avance_investiga_1_contrataciones_estado.pdf

todo el país, es de por si un precio competitivo. **Una vez puesto el precio, el proveedor puede bajarlo posteriormente, pero no subirlo.**

Las entidades del estado cuando quieren comprar un producto determinado sólo tienen que ubicarlo en la página correspondiente (Perú Compra en nuestro caso) y colocar una orden de compra y pagarlo luego de recepcionarlo.

Este proceso, para cada familia de productos, se hace una vez en el año, para todo el estado y se puede prorrogar hasta por tres años. Es decir, los costos del proceso se reducen significativamente y, sobre todo, se utiliza el peso real de la magnitud del estado ya que unifica a nivel nacional las condiciones de compra, y sobre todo el precio.

Las empresas que cumplan los requisitos y son aceptadas para participar (se llama a este proceso licitación, pero no escoge a un proveedor sino que evalúa determinados criterios, tales como experiencias previas, tamaño mínimo adecuado, seriedad, no haber incurrido en malas prácticas, etc.) presentan sus productos, precios y condiciones, junto a otros proveedores de los mismos y de otros tipos de productos y las distintas unidades seleccionan las ofertas que les parezcan mejores.

De esta forma, se abren a la competencia las compras que hace el estado. Ya no se pueden dar opciones de tipo "cartel" porque esos precios van a estar disponibles para todo el país hasta por 3 años y, como se mencionó, las empresas pueden bajar pero no subir sus precios.

Misteriosamente, en el Perú sólo hay dos convenios marco vigentes, el de útiles de escritorio y de pasajes. Aunque esta modalidad está descrita en la ley vigente de contrataciones del estado, está, aparentemente, en un estado de estancamiento. Incluso hay una directiva específica: http://www.osce.gob.pe/userfiles/archivos/Directiva007-2010.pdf pero que prácticamente está en desuso.

La realidad en otros países latinoamericanos es muy diferente:

a) Chile: es la modalidad preferente de compra. Sólo si no es posible, se utilizan los otros procedimientos. Actualmente hay más de 40 convenios vigentes: incluye medicamentos, radioterapia, hemodiálisis, radioterapia, vinculados a salud. Esto de puede ver en : http://www.chilecompra.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=177&Itemid=323; y se define como " **la primera opción legal de compra para las entidades del Estado"** **(**http://www.chilecompra.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=948&Itemid=690**)**

b) Costa Rica: También se define como la opción preferente. La ley correspondiente dice:

"Los integrantes de un convenio marco, están obligados a consultarlo, antes de tramitar otro procedimiento para la adquisición de bienes y servicios cubiertos por el convenio y obligados a utilizarlo, salvo que demuestren mediante resolución motivada, poder obtener

condiciones más beneficiosas con otro procedimiento, tales como, precio, condiciones de las garantías, plazo de entrega, calidad de los bienes y servicios, mejor"[39]

c) Varios países centroamericanos han iniciado a utilizar este mecanismo, sobre todo Panamá, que ya tiene 9 convenios marco vigentes: https://www.panamacompra.gob.pa/Portal/HomeProveedor.aspx, Honduras que ha iniciado el año pasado un piloto de 10 productos: http://www.americaeconomia.com/economia-mercados/gobierno-hondureno-iniciara-proceso-de-compras-para-el-estado

d) En América del Sur, lo utilizan también otros países como Brasil y Paraguay

e) Existe un red internacional de todas las entidades de compra de la región y apadrinada por la OEA que viene estimulando esta modalidad, por sus ventajas de economía, simplicidad y transparencia, la Red Interamericana de Compras Gubernamentales (RICG). Su portal puede verse en: http://www.ricg.info:8080/Plone/

La complejidad del sistema de adquisiciones y contrataciones peruano está a la base de la gran paradoja que existe actualmente en el Perú: **Hay dinero en las arcas del estado pero los niveles de ejecución son bajísimos** y, sobre todo en el rubro de inversiones, hay entidades que ni siquiera sobrepasan una ejecución del 10% de sus presupuestos disponibles. Paradoja que debería ser inaceptable cuando se ve que hay tantas necesidades que existen en los ciudadanos con relación a las funciones que el estado debe de desempeñar en áreas como los programas sociales, la seguridad o la infraestructura.

EL PROCESO DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL

Este proceso se desarrolla en forma semejante al de las adquisiciones, en el nivel de las unidades ejecutoras, fuera del ámbito de las entidades de prestación de servicios de salud. Estas últimas se limitan a procesar sus necesidades.

No puede asegurarse si las contrataciones responden a estas necesidades o si son definidas más a nivel de las UE, que podría ser lo más probable.

El proceso también es complejo, iniciándose con el estudio de necesidades, la preparación de los concursos de personal, el concurso propiamente dicho y la designación y contratación de los seleccionados.

El concurso exige pruebas de conocimiento, pruebas de tipo sicológicas y de habilidades básicas así como entrevistas.

Obviamente, esto insume bastante tiempo de trabajo en el proceso mismo, pero también retarda la capacidad de respuesta frente a necesidades de personal, en el contexto de necesidades cambiantes. Esto no sólo por la duración del proceso, que además de lo nombrado obliga a hacer publicidad del proceso durante cierto periodo, sino por el hecho de

[39] Ley de Contratación Administrativa, art. 115º

que no se va a hacer concursos por una o pocas personas, por lo que se busca definir un "lote" mínimo de vacantes lo cual es una demora importante adicional.

La discrecionalidad existente podría dar lugar a que tenga lugar criterios extra técnicos para la definición de las personas a seleccionar.

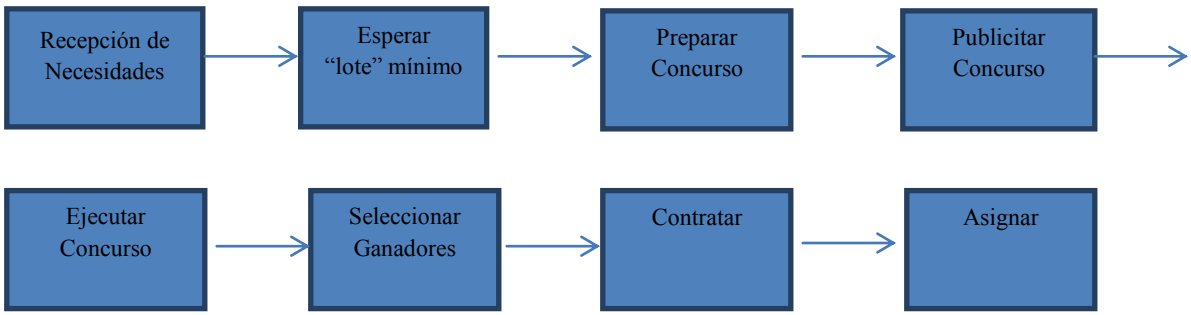
En forma similar a lo planteado para las adquisiciones, sería posible y deseable extraer los concursos de la dinámica de atención de requerimientos de personal, a través de la estructuración de procesos periódicos de calificación de toda persona interesada en trabajar en la red de salud a través de entidades serias (y dotados de las seguridades necesarias), como podrían ser determinadas universidades.

En estos procesos, otorgarían puntajes a los que participan, con la posibilidad de participar nuevamente en el futuro si la persona juzga que requiere mejorar sus puntajes.

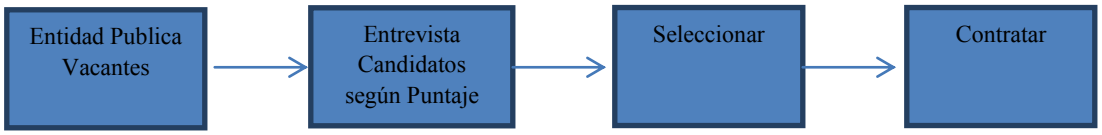
Las entidades (incluidas las prestadoras) que requieran personal podrían exigir determinado puntaje mínimo (en forma semejante a los exámenes TOEFL) y convocar a los candidatos para entrevista personal.

En la figura siguiente se ilustra la diferencia de ambos mecanismos:

Modalidad Actual:



Modalidad Propuesta:



Además del tiempo de respuesta que podría ser casi inmediata, se asegura una calidad mínima aceptable, incluso en el caso de que alguien quiera favorecer a algún candidato por encima de otros.

LOS RECURSOS FINANCIEROS

En el caso de los recursos financieros, estos no circulan por el aparato de prestación. Incluso, los exiguos recursos directamente recaudados (RDR) son enviados a las unidades ejecutoras quien va a gastarlos por ellos.

Se les da, en retorno, un 10% de lo recaudado, el cual llega varios meses después.

Hay que recordar que el SIS paga, de acuerdo a un cuadro de tarifas, por las prestaciones prestadas a sus afiliados y que representa la fuente más importante de financiación a las actividades de prestación. En esto, hay una asimetría en el flujo global del SIS, se registra desde abajo en la MR, para lo cual hay una oficina, pero el dinero viene sólo hasta UE

Para los establecimientos es un misterio qué relación tiene este pago con lo que reciben como recursos materiales, viáticos, etc.

El SIS fue creado para crear una forma de financiar a la demanda, lo cual, a la vez, debería servir como incentivo a los prestadores. Con la forma actual de financiación, este incentivo ha sido totalmente esterilizado. Con esto se ha perdido una oportunidad histórica para hacer que el sistema de salud, al menos en el primer nivel, actúe más efectiva y eficientemente.

Imaginemos, haciendo un símil con las personas, que el sueldo de un trabajador o las ganancias de un pequeño negocio no sean recibidos por estos sino que le sean dados a un intermediario, que les vaya dando poco a poco, las cosas que necesitan (de acuerdo al criterio del intermediario). Por lo menos, un resultado previsible, sería el crecimiento explosivo del trabajo informal y la desaparición de los negocios.

LOS PROCESOS DE GESTIÓN

La gestión o administración es, como reza una definición clásica de esta disciplina, “lograr que las cosas se hagan a través de personas”. Es decir, hacer que los objetivos y metas de una organización sean llevados a la práctica. Desde este punto de vista, es tan importante como la existencia de los objetivos y metas pues, de lo contrario, estos quedarían como meros enunciados.

Incorpora la definición estructurada y clara de los objetivos y metas, de los pasos necesarios para alcanzarlos (planeación), la forma en que se estructuran los participantes (organización), la revisión y adecuación sobre el progreso de los planes (control) y las formas de lograr que los participantes den el máximo esfuerzo posible (dirección).

En esta parte, vamos a ver los tres primeros, dado que la dirección, más que un proceso en si, es más definida por los mecanismos de cómo se influye sobre los colectivos para que estos participen en forma activa. Estamos hablando de temas como liderazgo, estilos de autoridad, y comunicación, fundamentalmente.

Planeación

El proceso de planeación es (o debería ser) uno solo. Representa un esfuerzo de orientarse al futuro, conjugando la situación actual con los objetivos y metas que se quieren alcanzar.

Este proceso debería englobar, en una desarrollo unificado, tanto la programación de actividades, como la programación de recursos, financieros, materiales y humanos; que las primeras demandan.

Como producto de la fragmentación existente, la planificación se lleva a cabo a través de distintas vertientes que se comportan casi como canales estancos, multiplicándose entonces, el trabajo de programación.

Hay una planeación que llamaremos principal, que programa las atenciones y atendidos, según grupo etario, así como el “Cuadro de Necesidades” para programar los insumos; pero también hay programaciones que realizan los que fueran programas nacionales, que incluyen actividades e insumos.

La parte final de la planeación, en el estado es el presupuesto público. Si bien en el proceso de formulación presupuestal está incorporada la programación de actividades en la forma del Plan Operativo Institucional (P.O.I.), finalmente lo fundamental del presupuesto se define a partir de los valores históricos, a los que se añade algún tipo de ajuste proporcional hacia arriba en función de la disponibilidad financiera.

Al ser el proceso presupuestal desarrollado por fuera de los establecimientos y ser el tema central de programación, desde la mirada de las unidades ejecutoras, de las direcciones regionales y del MINSA y MEF, pierde el énfasis sanitario que este proceso debería tener.

Este proceso puede definirse como una planeación desde arriba hacia abajo o como una proyección de las programaciones anteriores, es decir, no es generada a partir de las responsabilidades concretas y las actividades específicas a desarrollar (el “menú de trabajo”), como haría cualquier entidad del sector no estatal.

En el nivel central y regional se estima los valores deseables a cumplir de las variables de atención, como se dijo, considerando datos del censo del año 2007, proyectados a la fecha de programación, y estos van a ser los valores a considerar en el control estadístico de la producción posterior.

Dentro La programación no debe ser de arriba abajo, sino al revés, y eso significa que debe partir de la población real existente, de los factores de riesgo concretos que esta población sufre, incluidas acá las enfermedades de que adolece, su perfil epidemiológico.

Esto debe salir de un diagnóstico no elaborado en el periodo que toca de acuerdo al calendario presupuestal, sino a partir de los registros reales de personas, del trabajo cotidiano que realiza, de las observaciones y estadísticas que de tal trabajo se desprenden.

Es, a partir de esa evaluación de la situación real, que deberían estimarse las atenciones recuperativas, proyectarse los controles a realizar en los establecimientos y fuera de ellos, los partos y las acciones específicas de cambio de actitudes y prácticas así como de consejería, etc.

Dentro de lo anterior, se encuentran factores más o menos predecibles, como son los grupos a controlar y los factores ya identificados; pero también de aspectos que no lo son tanto, como las prestaciones recuperativas, que pueden variar en el tiempo, incluso de una semana para la siguiente.

En esto es una limitación la práctica pública que ha traducido el presupuesto en un “corsé” rígido que intenta definir, desde la mitad del año anterior, cuánto va a producirse y cuánto va a requerirse gastar para soportar las operaciones del siguiente periodo.

El presupuesto es eso, un supuesto previo, un elemento referencial que sirve como herramienta de gestión y se basa en algunos estimados, incluidos los niveles de producción, ingresos y gastos; el comportamiento de la demanda, de la competencia, entre otros. A partir de ello, se puede tomar una “foto” de lo que será el periodo proyectado, si se cumplen tales supuestos o, también, permitir evaluar escenarios diferentes.

Pero, todos estos estimados van cambiando en forma continua junto a la realidad, lo cual requiere poder adaptarse al mismo ritmo; y en esto no ayuda nada el sistema de presupuesto público, que requiere complejas acciones para modificarlo y, con ello, los montos disponibles a comprometer.

Lo interesante es que, sobre todo en el primer nivel de atención, sus actividades (al menos en su mayor parte) no tienen que vincularse necesariamente con la elaboración presupuestal, ya que pueden incorporarse dentro de tarifas per cápita, calculadas y actualizadas en una forma independiente. De esta forma, el presupuesto podría ser calculado como el producto de cada tarifa (según grupo etario por ejemplo) por la cantidad de población de cada grupo, simplificando enormemente el proceso presupuestal y, lo que

es más importante, sirviendo de base efectiva para vincular lo presupuestal con la realidad sanitaria.

Organización

La organización consiste básicamente en distribuir las actividades generadas en el proceso de planeación (el "menú de trabajo") en el colectivo de personas que van a llevarlas a cabo.

Un concepto importante es que la organización (o reorganización) de una entidad **no es un asunto independiente sino que responde a las formas de operación, a los procesos.** Esto es muchas veces dejado de lado en el sector público (y en parte del privado) y, continuamente, éste emprende las denominadas "reorganizaciones" que representan mayormente introducir cambios a nivel de las "cajas" del organigrama y de los denominados documentos de gestión: MOF, ROF y CAP.

Las posibilidades de movimiento de los "cajones" del organigrama son muchas, al igual que sucede cuando intentamos organizar nuestros documentos: podemos utilizar varios criterios de arreglo y al final, optamos por uno determinado. Como generalmente se utiliza la denominada organización funcional, creamos las cajas y vamos colocando, una por una, cada función o actividad que más se relacionan con el título de la caja y al final, queda una organización resultante,

El problema es luego van a venir nuevas iniciativas para cambiar este tipo de ordenamiento para utilizar otro criterio -igualmente válido- y, así, puede seguir ocurriendo en el futuro en forma reiterativa.

Lo cierto es que una mejor forma de conceptualizar la organización es empezar por definir los procesos y, luego, adecuar la organización a estos.

Para ilustrar la influencia de los procesos, la figura siguiente muestra en forma sucinta las distintas formas de un mismo negocio muy en boga en el Perú: el restaurante, en función a diferencias en los procesos.

Igualmente, puede verse las diferencias entre negocios tradicionales de venta de productos frente a las nuevas estrategias tipo punto com, compra por catálogo, delivery, etc.

Diferentes formas de restaurantes

CATEGORÍA	TIPOS DE RESTAURANTES		
	TRADICIONAL	BUFFET	AUTOSERVICIO
DESCRIPCIÓN	La cocina prepara los platos que los clientes solicitan a los mozos	En unas mesas centrales se ofrece la comida a los clientes. Mozos ofrecen bebidas	Se forma una "línea de atención", los clientes se sirven y se les cobra al final de la línea
PROCESO	1) Atención en la mesa 2) Cocina plato por plato 3) Cobro al final	1) Auto servicio en comida 2) Atención de bebidas a la mesa 3) Cocina por cantidad, según saldos 4) Cobro al final	1. Autoservicio de todo 2. Cobro al final de la línea 3. Cocina por cantidad, según saldos
PUESTOS/UNIDADES	- Cocineros por plato - Mozos para entrega y cobranza - Caja	- Cocineros por volumen - Reponedores - Mozos para bebidas y cobranza - Caja	- Cocineros por volumen - Reponedores - caja

La organización del primer nivel de atención, sigue las pautas que los procesos actuales poseen:

- Dado que la atención es fundamentalmente a demanda y centrada en los establecimientos, la parte más clara y definida de la organización está formada por los establecimientos del primer nivel (centros y puestos de salud) y sus unidades específicas: consultorios de atención, admisión, farmacia, laboratorio, etc. sobre el trabajo extramural, no hay muchas definiciones y se opta por el grupo (de uno o de varios) de campaña

- Dado que no se sigue sistemáticamente los factores de riesgo comunitarios y domiciliarios, no existe responsabilidades claras el respecto, ni organización formal. Es más, muchas veces las acciones desarrolladas en este aspecto compiten con las actividades de atención al interior de establecimientos, llegando a cerrar o restringir al mínimo estas últimas en el contexto de las acciones colectivas.

- Esto también genera que el comportamiento de las redes (a nivel provincial) tiene mayormente una naturaleza más centrada en el manejo de los recursos que en los aspectos sanitarios

- Dado que se prioriza el control de indicadores estadísticos, una parte importante de las actividades de tipo sanitario de estas redes se centra más en el manejo de otro recurso: la información (sobre todo en el caso de las áreas de salud individual)

Otro tema adicional, es que la **organización de los servicios, de la oferta de servicios, prácticamente no es un proceso**. Es lo que podríamos llamar, un dato. Se maneja dentro de parámetros rígidos que impiden que se vaya sintonizando con las necesidades de la demanda.

Lo real es que la definición de una capacidad determinada de producción de servicios tiene orígenes distintos y dispares. En general, los establecimientos no nacen generalmente como producto de un estudio de la realidad de cada zona, sino como producto de la historia, de la iniciativa de determinados actores, sean esto poblaciones, alcaldes, funcionarios de mayor nivel, congresistas, etc.

Evidentemente, una vez creado un establecimiento, es difícil cambiar esto dado que la población lo va a defender como suyo. Es más, muchos vana a pretender que siga haciéndose más grande y, quizás, ser un hospital (además de la presión de los trabajadores que han fijado su lugar de residencia a partir de su lugar de trabajo).

Para simplicidad desde los niveles superiores, se asume fórmulas estándar referidas a, a) tipo de establecimientos y, b) dotación de personal y equipos de estos.

La organización de la oferta debería ser definida en forma dinámica. Quizás no tan dinámica en la estructuración de unidades, que pueden ser más estables; pero sí bastante en lo que se refiere a la dotación de recursos, a la contracción o expansión de capacidades de prestación, en sus diferentes líneas de producción.

La oferta de servicios debe adecuarse a la demanda real de servicios. Ésta puede tener incluso variaciones estacionales, como en el caso de San Martín, donde la dinámica de las

cosechas marca procesos de migración importantes. Así mismo, debe cambiar conforme las redes de salud vayan incorporando criterios de racionalidad a fin de obtener las metas y abaratar sus costos, en el contexto de un financiamiento a la demanda.

Por supuesto, esto se ve dificultado con las formas actuales de compra y contratación, centradas en procedimientos complejos, y desarrollada en la capital de provincia, que no vive en forma directa la problemática concreta de los establecimientos.

La variabilidad requerida de la oferta de servicios colisiona con la definición de modelos estándar de establecimiento, tipo puesto o centro y niveles, tipo 1 ó 2. Ya que podría pasar que, si asumiéramos movilidad de la oferta, sea en un momento puesto y luego centro y luego puesto nuevamente o cambien el número correspondiente a su nivel.

Colisiona, también, con la definición estándar de dotaciones específicas de personal y de equipos, asociada a los niveles de establecimientos.

La estructura y magnitud de los equipos de trabajo (y sus requerimientos en materiales y equipamiento) que conforman la oferta de servicios debe responder a factores como:

- ✓ Población (cantidad, dispersión, cantidad de comunidades, involucración en el cuidado de su salud, etc.)
- ✓ Perfil epidemiológico
- ✓ Factores de riesgo
- ✓ Tiempos y dificultades de acceso

Así como a las características que deben tener las intervenciones que se derivan de lo anterior.

Por ejemplo, puede separarse la dinámica de la promoción de prácticas saludables determinadas, para que sean desarrolladas por personas más especializadas en comunicación o mediante el uso de medios audiovisuales, de los controles de niños o gestantes, tanto a nivel de los establecimientos como en el trabajo en zonas dispersas.

Una parte de estos equipos pueden asociarse a un establecimiento en particular, otros pueden estar asociados a toda la red o micro red; unos serán fijos, otros móviles.

Este concepto de movilidad de oferta podría llevar a que una red del primer nivel pueda incorporar prestaciones tradicionalmente ubicadas en los hospitales. Podría haber pediatras o cardiólogos que recorran en forma itinerante distintos establecimientos o poblaciones, acercando estos servicios a la gente, la cual, de otra forma, tendría que trasladarse hasta el hospital.

Puede existir un mejoramiento de competencias en el nivel de los agentes comunitarios, capacitados adecuadamente y asociados a sistemas de apoyo remotos (que podrían servir igualmente al personal profesional).

La Distribución de personal en la red Moyobamba

En la evaluación de los procesos de prestación se presentó un cuadro de producción, relacionada a la dotación de personal en que se veía que ésta no correspondía a la producción que realizaban. Esto muestra, por un lado, la rigidez ya comentada, pero también el modelo que propugna ir desplazando en algún centro determinadas funciones que, en realidad, corresponden hacer a cada establecimiento de prestación.

En el estado y en el sector salud, el proceso de descentralización ha sido desarrollado en forma muy apurada y poco analizada, quizás por objetivos más políticos que racionales.

En el pasado, el MINSA concentraba la contratación de personal y la compra de insumos y equipos para el nivel nacional. Esto generó un crecimiento muy importante de la OGA central, aproximadamente en 1995 o 1996, que tenía más de 600 personas (mientras por ejemplo la DG de Salud de las Personas, órgano clave y de línea, no tenía más de 40 o 50 personas. Poco tiempo después se intentó generalizar la formación de redes con carácter de unidad ejecutora y el efecto fue que las “ogas” se comenzaron a desarrollar en las redes y la población de personal de estas “ogas”, a nivel de todo el país, se multiplicó mucho más. Con la descentralización desarrollada a mitad de la década anterior, este proceso se generalizó tanto a nivel de regiones como de provincias

En alguna medida, este concepto de centralizar funciones y “liberar a los establecimientos de lo administrativo” ha llevado a que las cabezas de las micro redes crezcan igualmente. Como el caso mencionado de Soritor, que cuenta con más de 40 personas frente al hecho de que sus puestos tienen, en aplastante mayoría, de 1 a 3 personas.

A nivel de toda la provincia, puede verse con más fuerza este fenómeno, al igual que el modelo de prestación que sigue priorizando al hospital como establecimiento central de la salud:

A setiembre del 2012, la unidad ejecutora 401 contaba con 630 personas, de éstas, 97 trabajan en la sede administrativa y 193 en el hospital de Moyobamba. Es decir que prácticamente la mitad (46%) de todos los recursos humanos de la provincia están en la unidad ejecutora o en el hospital y el resto, 340 (54%), están trabajando en las micro redes.

Además, de estos 340, 208 están trabajando en las cabeceras de las micro redes, en los centros de salud. En resumen, sólo un 21% de los recursos humanos está desarrollando su labor en las zonas que no corresponden a las capitales de distrito. Nuevamente, como lo mencionado para Soritor, los puestos en amplia mayoría tienen de 1 a 3 personas trabajando, Podría considerarse que esto no sería la mejor distribución del personal existente.

El siguiente cuadro muestra la distribución de personal por funciones de la unidad ejecutora 401. Como puede observarse, sólo el 28% corresponde a unidades que sus funciones se relacionan con los aspectos sanitarios (aunque en el caso de salud individual, como se veía, parte de su función tiene que ver con aspectos de recursos y de información), mientras que un 11% corresponde a manejo de la información (estadística) y el 56% está vinculado a recursos materiales y humanos.

DISTRIBUCIÓN PERSONAL UE 401		
UNIDAD	CANT. PERSONAL	
Dirección	5	
Of. Planificaciòn y Salud Individual	9	
Area Salud Colectiva y Saneamiento	8	
AISPED	10	
Of. Gestión de la Información	8	
Of. De Planificación y Gestión Sanitari	3	
Of. De Administración de Recursos	2	
Of. De Economía/Contabilidad	7	
Oficina de Gestión de RR.HH.	9	
SIGA	3	
Of. De Logística	17	
Patrimonio	2	
Unidad de Gestión de Medicamentos	4	
Almacén de Medicamentos	5	
Cadena de Frío	2	
Vigilantes Local Tupac Amaru	3	
TOTAL	**97**	**100%**
TOTAL FUNCIÓN SANITARIA	27	28%
TOTAL FUNCIÓN INFORMACIÓN	11	11%
TOTAL FUNCIÓN RECURSOS	54	56%
DIRECCIÓN	5	5%

Un tema adicional, es la debilidad importante en las micro-redes de la provincia en profesiones de mayor nivel de calificación (médicos, enfermeras y obstetras), con un predomino claro de los técnicos (t. de enfermería y t. sanitarios). En el caso de la MR Soritor, de 70 personas, 28 son técnicos de enfermería, sanitario o servicio, sin contar otras especialidades técnicas (t. administración, contabilidad, laboratorio, farmacia). Del otro lado, hay 5 médicos, 4 enfermeras y 9 obstetras. Estos últimos, en su gran mayoría corresponden a la cabecera.

Sería importante conocer las razones de esto, si es por un problema de escasez de profesionales en la zona o si hay algún tipo de intención de abaratar costos.

Control

Lord Acton tiene una frase muy sucinta pero a la vez clave para entender el funcionamiento de las organizaciones y sistemas institucionales: “El poder tiende a corromper, y el poder absoluto corrompe absolutamente”. Quizás él se refería más a la esfera de los gobernantes, sobre todo a aquellos que logran acumular poder excesivo. Sin embargo, el poder es algo mucho más amplio incluyendo, además de la capacidad de influir sobre otros, la capacidad de alguien de hacer o ejecutar algo.

Lo que una persona u organismo puede hacer en función a sus propios objetivos, puede o no afectar a otros. Es más, muchas veces existen beneficios extraordinarios derivados de afectar a otros, como obtener una coima o, simplemente, no hacer una cola o arrojarle la basura al vecino. Por eso es que siempre se requieren sistemas que limiten esta posibilidad.

En el campo de los órganos del estado, se llaman pesos y contrapesos y división de poderes; en el campo de las personas, controles, normas y leyes; en el campo de las organizaciones, control interno, rendición de cuentas, incentivos, competencia y satisfacción del cliente. Sin estos, el poder se hace absoluto y “corrompe completamente”.

Este “corromper completamente” no sólo se refiere a que alguien se aproveche de los recursos de otros o del erario público, sino también a no cumplir correctamente los fines para los cuales existe o le han sido encargados a una entidad o persona. La importancia del control estriba en evitar que el poder corrompa.

En el terreno de la provisión de servicios del estado podemos hablar de cuatro formas de control:

a) El control propio de la organización

b) El control de la sociedad como colectivo

c) El control del beneficiario como individuo

d) El autocontrol del prestador

Todos son necesarios, aunque es deseable por economía, que se refuerce los mecanismos de control externos a la organización. La motivación y el compromiso, fortalecen el autocontrol.

Estos controles no son únicamente necesarios para encontrar culpables o porque la gente trabaje mal, sino que, por un lado, puede servir para encontrar situaciones problemáticas que sean de otro tipo (por ejemplo recursos deficientes o deficitarios) y para alejar a las personas de cualquier intento de transgredir los estándares del buen desempeño.

El Control del Sector Salud

Este es uno de los puntos más débiles del estado y del sector salud en particular y uno de los factores fundamentales para que ambos funcionen en forma limitada.

Hemos visto los datos de cobertura, tanto a nivel nacional como a nivel local. En ambos casos (al margen de si las metas estén fijadas “desde arriba”) puede verse que son insuficientes. Igualmente, aspectos como maltrato a pacientes, mala práctica, estado deficiente de instalaciones, incumplimiento de horarios de atención, etc. existen con relativa frecuencia. Además, al no existir mecanismos de vigilancia respecto a distintas variables propias de la atención de salud, es muy probable que estas se comporten en formas variables en cuanto a calidad técnica, probidad, trato, etc.

a) El control del sector

El control interno en el sector salud se de fundamentalmente a partir de un conjunto de indicadores, sobre todo de los rubros Atendidos y Atenciones. La combinación de las metas definidas nacionalmente y los atendidos en el rubro controles, da las coberturas que es otro de las variable sujetas a control. Como ya se ha dicho la existencia de valores limitados en las coberturas no da lugar a ninguna acción efectiva al respecto. Imaginemos que respuesta daría la gerencia de una empresa privada si se dieran cuenta que sus vendedores no están colocando pedidos de gente que ha solicitado productos.

Pero también, hay distintas variables que no son seguidas y quizás podrían darnos algunas sorpresas:

- Calidad técnica de las atenciones
- Veracidad de la información suministrada
- Tiempos de espera de los pacientes
- Horarios efectivos de atención
- Tipo de trato que reciben
- Orden y limpieza de los establecimientos
- Uso de insumos y medicamentos
- Calidad de beneficiarios del SIS

Sólo despiertan atención cuando ocurre algún caso más notorio, como la muerte de alguien, alguna denuncia o la visita de periodistas o políticos a recintos del sector.

Hay un cierto desarrollo de supervisión del desempeño en el trabajo, el cual es débil y eventual, y tiene un costo muy alto por el tiempo que demanda. Más importante sería desarrollar inspecciones inopinadas y al azar.

El control más importante que debería ser desarrollado es el control directo respecto a los usuarios del servicio, en las ciudades y poblaciones dispersas, para contrastar con la gente

aspectos como calidad del trato, veracidad de información, calidad de las intervenciones, etc.

Dado que no hay concreción en las metas de atención a partir de la población y de un esfuerzo real del sistema por llegar a ésta en forma efectiva, el control es muy gaseoso e ineficaz.

Imaginemos qué pasaría en una empresa comercial si ésta no hiciera efectiva la mayor parte de sus pedidos de compra, al menos podría esperarse investigaciones profundas y caída de cabezas. En el sector se convive con coberturas que, en general no llegan al 50% y no sucede nada.

b) El control social

El control social es muy débil y más vinculado al escándalo o a determinados “temas sensibles” como desgracias personales, el control natal, etc.

c) El control de usuarios

Desgraciadamente, el control de los usuarios, quienes viven directamente los problemas, es prácticamente ausente.

d) El auto control

Sólo se logra cuando hay un sistema de control por fuera que obliga a adelantarse a éste, también cuando hay incentivos que lo promueven. En salud no hay muchos incentivos fuera de la remuneración.

EL COMBUSTIBLE QUE HACE QUE LOS PROCESOS SE REALICEN: LOS INCENTIVOS

Cuando se habla con el personal directivo y de base del sector público, la palabra incentivo se visualiza en una forma estrecha, asociada a determinadas formas de pago, sea por horas extras o por realizar alguna acción específica. Sin embargo, la estructuración de incentivos es un tema mucho más complejo y que puede ayudar u obstaculizar el desempeño de los que trabajan en cualquier nivel de la organización.

En forma general, el estado (y el sector salud, históricamente ha carecido de un sistema de incentivos adecuado y, por el contrario, se encuentra “minado” por la existencia de incentivos perversos que impiden hacer funcionar con la intensidad y calidad necesarias y que, también, generan conductas que pueden ir desde pasivas a nocivas y hasta delictivas.

Ejemplos de estos incentivos perversos, pueden darse muchos:

1. No definición clara de los objetivos sectoriales frente a la población bajo responsabilidad (generando conductas del tipo, “hago lo que puedo (o quiero)”
2. Débil medición y retribución asociada a objetivos y metas cumplidas (y eso se puede ver en el tema de coberturas acá presentado)
3. Mínimas, si no inexistentes, medición de la calidad de las intervenciones y respuesta cuando ésta es deficiente (sólo se mide números)
4. Remuneración igualitaria, al margen del desempeño y de la calificación
5. Primacía de “cumplir las normas” sobre “obtener resultados (en el sector privado un buen gerente es el que logra cosas, en el estado, el que no tiene procesos administrativos o “no hace olas”)
6. Primacía del control individual por sobre el control del trabajo de los equipos
7. Procesos de recursos muy proclives a obtener ventajas personales (a pesar de que las dificultades generadas por la legislación al respecto, son justificadas por la lucha anticorrupción)

El control es uno de los mecanismos poderosos de incentivos que, como vimos, no está desarrollado en un nivel mínimo aceptable.

Un incentivo que si está operando en forma activa, aunque mucho en la forma del “garrote y la zanahoria” es el de los que trabajan bajo el régimen de Presupuesto por Resultados (PPR) que están sujetos a cumplir determinadas acciones como forma de poder mantener su vínculo contractual. Ellos, en conversaciones informales, se auto-catalogan como “los esclavos” del sistema.

En el otro extremo se encuentran algunas personas del régimen de nombramiento que a veces hacen abuso de esta situación de estabilidad laboral casi absoluta.

Una estrategia de incentivo que está funcionando en alguna medida, fuera del ámbito de salud pero con vinculaciones en objetivos comunes, es el Programa de Incentivos Municipales (PIM), que está vinculando determinadas acciones a la entrega de fondos adicionales para las municipalidades. Una consecuencia de esto es, por ejemplo, la formación de los llamados Botiquines Comunales, generados por los municipios pero con participación de personal del sector salud. Otra, es la involucración de los alcaldes y otras autoridades locales en la defensa de la salud, campo tradicionalmente alejado a dicho nivel.

El diseño de un sistema de incentivos no es un asunto trivial y requiere realizar análisis rigurosos (pero también, quizás, algo de “ensayo y error”) que obtengan en conjunto, resultados tales como:

- Alineamiento de los distintos actores
- Cumplimiento de objetivos y metas mínimos aceptables y fomento de voluntades individuales y colectivas para rebasarlos
- Restringir la existencia de comportamientos negativos, tales como corrupción, sustracción, información falsa o no cumplir con responsabilidades
- Refuerzo de los llamados “incentivos intrínsecos”, es decir, aquellos que no están basados en “controladores” sino que impulsan a individuos y grupos a actuar en forma promotora del desarrollo de la organización y de la productividad.

El tema de incentivos será visto con más detenimiento al tratar el diseño del componente de salud del piloto de acción articulada contra la desnutrición.

Definición de un diseño alternativo

EL MANEJO DE LA COMPLEJIDAD

Algo que salta a la vista es la complejidad presente en torno a la responsabilidad del estado para procurar que la situación de salud en el país se mejore y que, en algún momento, llegue a tener un nivel compatible con los estándares internacionales de las mejores prácticas.

La complejidad viene desde varios lados:

- La diversidad de variables que tienen relación directa y/o indirecta con la situación de salud de las personas, familias y comunidades. Los factores determinantes y condicionantes comprenden aspectos tan distintos, tales como la política y la economía, la educación y la cultura, los estilos de vida, la geografía, la demografía, la producción y expendio de bienes y servicios vinculados. Igualmente, existen innumerables formas de enfermedad y múltiples formas de diagnosticarlas y de combatirlas, de acuerdo a cada caso

- Muchas son las variables asociadas al colectivo que conforma el aparato público y no público de salud. Los distintos niveles (nacional, regional, local y comunal), los entes directivos, los trabajadores de base, la cultura organizacional formal e informal, las remuneraciones, incentivos positivos y negativos, etc.

- También aquellas variables vinculadas al entorno: la opinión pública, la legislación nacional, regional y local; los proveedores, los clientes o usuarios, sectores públicos vinculados, los sindicatos, los partidos políticos, confesiones religiosas, etc.

Esta complejidad se manifiesta no sólo en lo cotidiano, sino en el significado especial que tiene la salud, muy vinculado a temas como muerte, enfermedad, deshabilitación, etc., que despiertan muchas emociones y sentimientos en la gente común, lo cual es explotados tanto por los medios de comunicación (como se dice, esto “vende”) y por voceros de distintos grupos de opinión, sea para promocionarse o sea para atacar al rival. Muchos de los escándalos que pueblan los contenidos de los medios de comunicación masiva tienen que ver, en alguna forma, con la salud.

La salud, también, es uno de los pocos sectores vinculado al conjunto del territorio nacional (con educación y fuerzas armadas y policiales), desde la capital de la república hasta los poblados más alejados.

El sector salud, es también uno de los sectores que concentra la mayor cantidad de trabajadores; también, concentra un porcentaje importante de las adquisiciones y contrataciones que realiza el estado a nivel nacional.

Es tanta la complejidad que, tal vez, podría representar el sector de acción pública más complejo que tiene el estado.

EL MODELO DEL SISTEMA VIABLE

Una herramienta que podría ser de mucha utilidad para enfrentar esta complejidad está, casualmente, vinculada al mundo de las ciencias biológicas: el denominado **Modelo del Sistema Viable (MSV)**.

Su importancia radica en que **brinda herramientas para reconocer y lidiar con la complejidad creciente, generada dentro y fuera de las organizaciones, que debe ser enfrentada; y para diseñar las funciones y estructuras que permitan que esto sea llevado a cabo en forma exitosa.** Esta complejidad pocas veces es visualizada en su integridad, pero sus consecuencias, siempre aparecen, muchas veces con grandes costos internos y, en el caso del estado, para la sociedad.

Si bien, una parte significativa de este modelo es desarrollar formas de manejar con mayor eficacia y eficiencia las operaciones – que ha sido el campo de análisis principal del diagnóstico presentado anteriormente, **su contribución más decisiva está en el desarrollo de un modelo de gestión** que permita administrar todo tipo de organizaciones, de las menos a las más complejas, incluyendo todos sus niveles organizativos, sean estos locales, regionales, nacionales o globales.

El Modelo del Sistema Viable es una aplicación de la Cibernética[40] a la esfera administrativa. Su creador, Stafford Beer es considerado, el "Padre de la Cibernética de la Gestión"[41]. El término *sistema viable* se refiere a cualquier sistema capaz de mantener una existencia independiente, a pesar de los cambios en su medio ambiente, es decir, adaptándose a ellos.

Contrariamente a lo que podría pensarse, la cibernética -término asociado siempre a la informática- no es sino lo aplicación de los sistemas de comunicación, regulación y control de los seres vivos a otras esferas. Es decir, aprender de los seres vivos para incorporar sus mecanismos fundamentales de funcionamiento, lo cual debería ser muy afín al tema de la salud humana.

EL MSV incorpora estos elementos en la administración, utilizando algunos conceptos básicos:

a) **Recursividad**, por lo que cualquier sistema viable contiene a otros sistemas viables y es contenido en un sistema viable (podría ser muchos más niveles, en forma similar a que una persona, pertenece a una familia, y ésta a una comunidad; y, hacia abajo, tiene órganos, estos tienen tejidos, estos células… y así se podría seguir hasta el universo o, en forma inversa hasta las partículas sub-atómicas. Pero el modelo general y las propiedades generales, se replican en cada nivel.

---

[40] El término *cibernética* viene del griego Κυβερνήτης (*kubernites*, que se refiere al timonel, el cual *gobierna* la embarcación). La palabra "cybernétique" también fue utilizado en 1834 por el físico André-Marie Ampère (1775-1836) para referirse a las ciencias de gobierno en su sistema de clasificación de los conocimientos humanos [Tomado de Wikipedia]

[41] El mismo Norbert Wiener, principal representante de la cibernética fue el que hizo esta proposición.

b) **Homeostasis**, término propio de la biología, por la cual un organismo permanece en equilibrio a pesar de los cambios que suceden en su entorno, a través de la autorregulación (estado estable o steady state).

c) **Retroalimentación**, que es el mecanismo que detona las acciones de regulación, al comunicar de la existencia de algún desequilibrio o factor que lo genera (feedback). Por ejemplo, si se altera la temperatura exterior, el organismo tiene receptores que le permiten reconocerlo y estos van a disparar un conjunto de mecanismos, fundamentalmente nerviosos y endocrinos, que pueden influir sobre otros sistemas (por ejemplo provocando sudor, vaso constricción o vaso dilatación, o temblor muscular), para regular la temperatura interior.

d) **Variedad**, como medida de la complejidad, es decir, en términos de una organización, todo lo que pasa o puede pasar, en la forma de hechos, reuniones, citas, pedidos, conflictos, quejas, etc.

La variedad, se refiere también a la capacidad que tiene una organización de procesar la complejidad que le llega del exterior, lo cual está muy bien expresada por el médico y neurólogo William Ashby en su célebre frase (conocida como la Ley de Ashby):

"*Sólo la variedad absorbe a la variedad*"

Que resulta ser el fundamento del equilibrio interior (homeostasis) en tal organización, en un sistema complejo. De lo contrario, y como sucede con frecuencia, esta organización entra en crisis y es saturada y superada por la variedad externa; o, en el otro extremo, dicha variedad externa es ignorada y esquivada. En ambos casos, tal organización no está cumpliendo los fines para los cuales existe, es decir, **no es un sistema viable**.

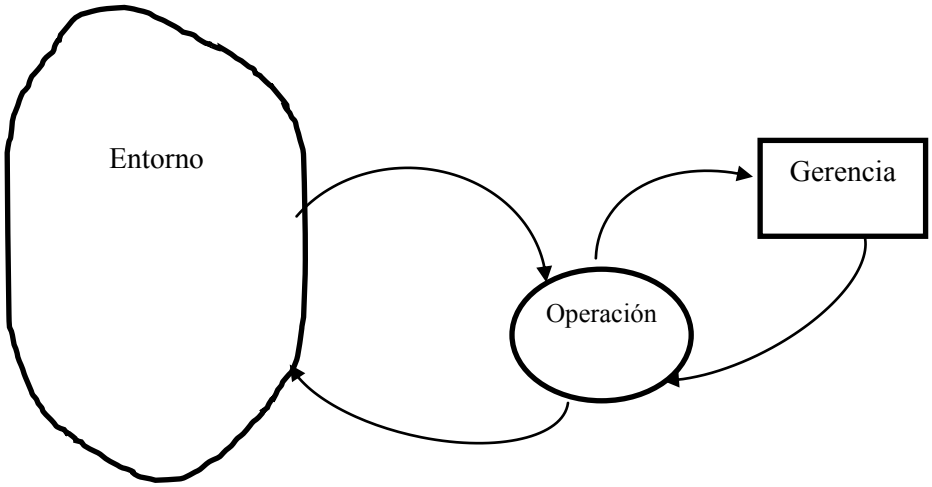
El MSV reconoce la existencia de varios sistemas (existentes o que deben ser generados) que están vinculados con la estructura de cualquier tipo de organización y que permiten procesar, bien o mal, la variedad.

LOS CINCO SISTEMAS FUNDAMENTALES DE UNA ORGANIZACIÓN

Toda organización tiene, o debe tener, cinco sistemas que interactúan para permitir su viabilidad, su supervivencia a pesar de la complejidad a que se enfrenta en el cumplimiento de sus fines:

A) El Sistema Uno: Las Operaciones

En la figura siguiente, se ven 3 elementos del llamado **"Sistema Uno"** del modelo, *el sistema operacional*, **vinculado a la producción que da identidad a la organización**, que desarrolla las operaciones específicas de un nivel de la entidad.



Las flechas que van de izquierda a derecha, representan la variedad exterior, del entorno hacia las operaciones, y de estas últimas a la gerencia operacional; y las que van de izquierda a derecha, representan la capacidad de procesarlas. Si esto se consigue, se mantiene el equilibrio (homeostasis).

Por lo general, la variedad del entorno es mayor a la de las operaciones. En el caso de salud, este entorno incluye clientes o usuarios con problemas actuales o potenciales de salud, factores de riesgo familiares o comunales, accidentes, catástrofes, regulaciones normativas, directivas, conflictos laborales o inter/intra institucionales, entre muchos otros elementos.

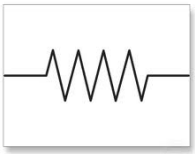
En igual forma, la variedad de las operaciones - que incluye todo lo que puede suceder en tal nivel, como los detalles de la producción en sí, las consultas e información, lo hecho por cada trabajador, los problemas que se presenten, etc.- es mayor a la variedad de la gerencia.

En general, los estados posibles de la variedad a enfrentar, tienen magnitudes muy diversas. Puede tratarse de cosas tan simples, como que un trabajador no vino a trabajar hoy o hay que responder una carta; pero también de cosas muy grandes. En la salud

pública abundan, cada cierto tiempo, estos últimos, en la forma de epidemias, desastres naturales o accidentes importantes.

El MSV plantea dos mecanismos (homeostatos) básicos para manejar los desequilibrios de variedad:

a) **Atenuación** de la variedad que llega. Es decir, filtrar los estados externos que deben ser enfrentados. Se representa por el símbolo de resistencia utilizado en los circuitos eléctricos:

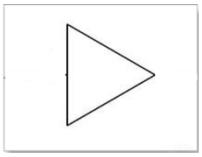


Una forma de atenuación, por ejemplo, es poner horarios en los consultorios (lo que no se puede hacer en las emergencia y por eso son de 24hs.), o configurar rangos de valor para que responda alguien (por ejemplo, si se compra hasta un monto, eso lo ve alguien de menor nivel; más allá, lo ve otro. Los estudios de mercado, encuestas, focus groups, etc. son formas de conocer la realidad, como la ven los clientes o usuarios, sin necesidad de preguntarla al universo de población.

Otra forma, es dar capacidad al usuario para solucionar algunas cosas (eso se usa mucho en soporte técnico). En el caso de salud, la promoción del autocuidado es una forma de atenuación.

Una forma perversa de atenuar la variedad es ignorarla. Tarde o temprano, va a originar consecuencias. Generalmente, esta es una fuente fundamental de las limitaciones que tiene el accionar público en el cumplimiento de sus responsabilidades.

b) Amplificación de la capacidad de absorber variedad. En este caso incrementamos la potencia de la capacidad de procesar la variedad que llega. Se representa con otro símbolo de los circuitos eléctricos, el amplificador:



Uno de los principales mecanismos, si no el principal, de amplificar la potencialidad de la organización es la autonomía. Mediante la autonomía, dividimos entre más personas y unidades la complejidad, en forma contraria a la visión centralista o jerárquica, que la concentra en pocas manos. En un modelo centralista, la capacidad de la organización se reduce a la capacidad de quienes toman las decisiones.

Imaginemos, qué sucedería con un equipo deportivo si cada jugada o desplazamiento fuera consultado con el entrenador; o, en el caso de la atención de salud, cada diagnóstico o tratamiento médico sea preguntado al director o a un gerente del hospital. De seguro que sería imposible actuar en forma adecuada.

Con muchas superposiciones con la autonomía**, el rediseño de procesos es una forma también muy potente de amplificar la capacidad organizacional para enfrentar la variedad**. EL desperdicio, la "grasa" organizacional, es una carga pesada que limita la acción en lo que realmente importa, compitiendo con el desarrollo de lo que sería el "músculo" y la "materia gris", así como el "sistema óseo" (fuerza de trabajo, inteligencia e infraestructura) institucional.

Otras formas de amplificación pueden ser, la adecuación de la infraestructura y los recursos a la demanda real, la implantación de metodologías que permitan absorber la variedad, incluida la tecnología, etc.

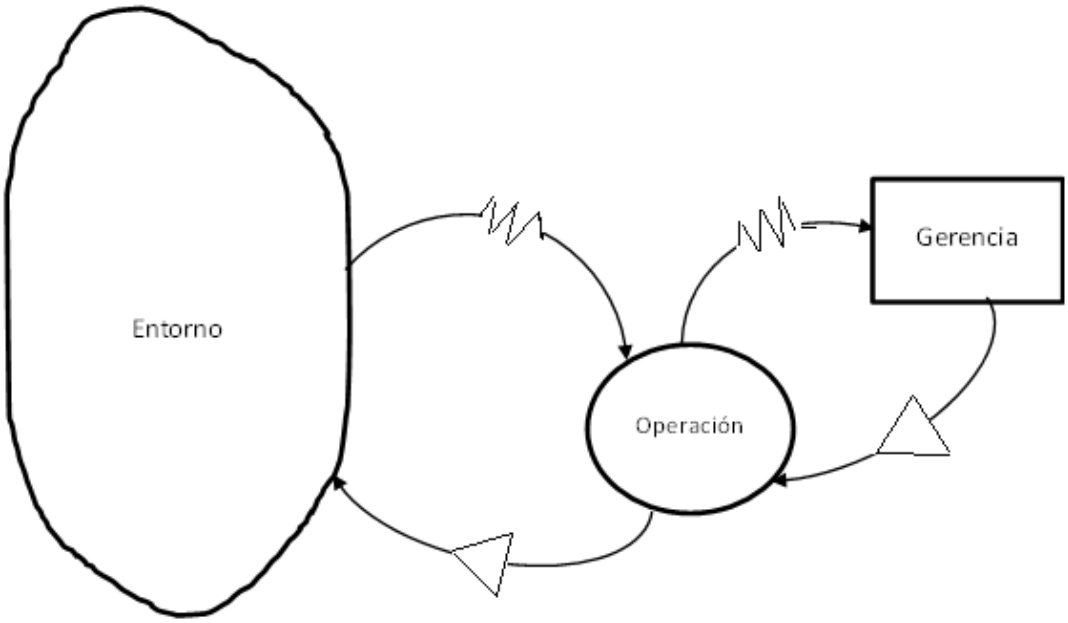
Ambos mecanismos son indispensables, ya que si sólo atenuamos, lo que en realidad estaremos haciendo es ignorar, no intervenir en una porción de lo que pasa. Es decir, no cumpliendo en forma cabal con nuestra misión. **Lo trágico de esto, es que siempre la variedad se equilibra**. Sólo que si la ignoramos, se equilibra en contra nuestra o de nuestros usuarios (imaginemos que viene un tsunami y lo ignoramos, no por eso va a dejar de suceder).

Es decir, existe lo que se llama la ***variedad necesaria***, que responde a lo que tiene que procesar la organización.

Por ejemplo, podríamos atenuar la demanda de pacientes poniendo un médico a atender todas las consultas (que, por ejemplo representan una magnitud que requeriría 10 profesionales), pero el sistema no va a estar equilibrado ya que se va a generar una cola de espera creciente, o una salida de los pacientes no atendidos hacia otros oferentes, brujos o estafadores; o, peor, va a ser una bola de nieve que tarde o temprano va a golpearnos.

Por ello, es imprescindible organizar el sistema en la forma que se combinen ambos tipos de homeostatos, la atenuación de lo que llega y la amplificación de la capacidad de procesarlo, hasta llegar a un nivel aceptable de cumplimiento de las responsabilidades.

De esta forma, el diagrama del sistema uno ya presentado sería, incluyendo los homeostatos mencionados, en la forma siguiente:



El Manejo de la Variedad en el Sector Salud

Del diagnóstico presentado, e incorporando los conceptos acá presentados sobre el SMV, puede verse que en el sector salud, como algo que tiene mucho en común con el resto del sector público, la variedad se maneja en la forma contraria a lo que debería ser. Es casi como si se hubiese decidido tomar en forma inversa las recomendaciones de este modelo de ingeniería de la variedad:

- **En Prestación**,
    - Se atenúa la capacidad de atención:
        - Haciendo que dure en forma excesiva cada consulta
        - No adaptando el "parque" de recursos a la demanda real, demorando en exceso, también, su incorporación en donde se necesita
        - Recargando la actividad de los prestadores con requerimientos de la fragmentación institucional (silos funcionales, niveles verticales) y la atención de requerimientos derivados del manejo de recursos y de producción de información hacia arriba

        - Existiendo una baja capacidad de respuesta a problemas más complejos y emergencias
        - Con reducida conectividad entre los operadores y escaso desarrollo de sistemas de información en esta parte clave del "core business" (a diferencia de compras y personal donde si hay sistemas de soporte por doquier)
        - Con una carencia de incentivos que promuevan el compromiso y la productividad, es decir, que movilice al colectivo de salud
    - Se atenúa la participación de la población en la solución de sus problemas, por ejemplo, con débil promoción efectiva de prácticas saludables, de autocuidado y auto reconocimiento
    - También de la participación de agentes comunales, que existe, pero es débil y limitada
    - Se ignora (atenúa por ignorancia) el seguimiento de factores determinantes y condicionantes de la enfermedad, lo cual puede repercutir en el incremento de la carga de enfermedad; pero también, se ignora la situación de salud de una parte importante de la gente que no ingresa o lo hace muy poco, al sistema de salud
    - Se amplifica la posibilidad de problemas de salud al desarrollarse con suma debilidad la acción preventiva, privilegiando lo recuperativo
    - Se ha minimizado la función de Investigación y Desarrollo, con ello, se ha recortado la posibilidad de encontrar formas más eficientes de enfrentar a la problemática sanitaria

- **En Manejo de Recursos**,
    - Atenuando la capacidad de respuesta frente a los requerimientos
    - Amplificando el tiempo requerido para operar el sistema de recursos
    - Multiplicando (amplificando) los procesos de compra y contratación, en número y complejidad
    - Consumiendo en demasía los recursos financieros limitados disponibles, para costear desperdicio y permitir corrupción

- **En la Gestión,**
    - Se debilita el control hacia la prestación para fijarse sólo en aspectos estadísticos, dando lugar a la aparición de comportamientos poco éticos y

pasivos relacionados a lo importante y con ello se multiplican (se amplifican) estos últimos

- También para el control al manejo de recursos, más orientado a asuntos formales y contables.
- Algo similar sucede con la planeación que es la que define las variables sujetas a control
- Se ha debilitado enormemente el liderazgo del nivel central, como producto de una descentralización mal diseñada y de la pérdida de vínculos efectivos que materialicen la rectoría sectorial
- El liderazgo regional y provincial, también presenta debilidad, más centrado en temas de recursos que en la prestación de salud

Como puede verse, en la mayor parte de casos, es casi como que se hubiera cambiado la palabra amplificar por atenuar. Y viceversa.

Una explicación general de la situación descrita tiene mucho que ver con una centralización (y descentralización) deficientemente concebida, que ha hecho únicamente una "entrega de funciones" sin visión de conjunto y sin concepción sistémica que conjugue las ventajas de ambos mundos, de lo centralizado y lo descentralizado y asegure la eficacia y eficiencia global.

Igualmente, con un "paradigma" fundamental sostenido por los que diseñan el estado, en el que lo importante son los recursos y lo accesorio lo que se hace. Donde el gerente público es exitoso, en tanto no tenga "procesos administrativos" y no, cómo es en el mundo privado, donde el éxito reside en los resultados concretos que pueda obtener.

También, con un modelo de organización del estado, que castra tanto a dirigentes como a dirigidos para el cumplimiento de sus funciones propias: los dirigentes metidos en temas que son propios de la prestación concreta (como definiendo y siguiendo metas cuantitativas y manejando los recursos) y descuidando su verdadero papel[42]; y los dirigidos orientados por esas metas, sin capacidad de "tomar el pulso" a la situación real y limitados en la disposición de recursos, con los que deberían responder a los retos de la defensa de la salud. Ambos, dirigentes y dirigidos, sin incentivos que realmente motoricen al conjunto del sistema.

Como afirman Gaebler y Osborne en su célebre libro "Reinventando el Gobierno",

[42] En "Completando el Modelo" se tratará de plantear estos otros componentes en una forma más explícita

"No se puede remar (desarrollar las operaciones) y conducir (dirigir) a la vez"[43]

El estado peruano, ya parece una constante, hace lo contrario a lo recomendable.

COMPLETANDO EL MODELO:

Lo anterior, se refiere a las operaciones, como se dijo, **a aquellas actividades que definen la identidad de una organización determinada**, en el caso de salud, obviamente, la prestación de servicios de salud, en sus distintas modalidades.

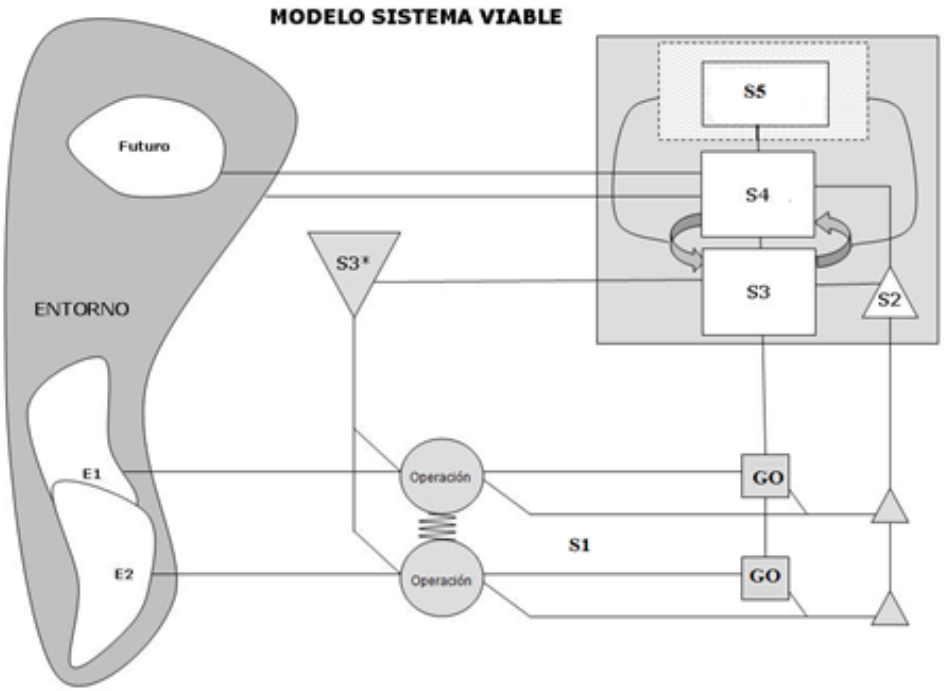
Como puede notarse, no puede hablarse de una operación únicamente, así que el gráfico anterior del Sistema Uno, tiene que completarse con varios de estos círculos. Es más, estas varias operaciones puede referirse, tanto a operaciones distintas (por ejemplo producir A y B), operaciones de una secuencia de producción (por ejemplo, producir parte uno, añadir parte 2,3…) u operaciones por división geográfica (distrito o provincia 1, 2, 3…).

Cada una de estas operaciones tiene su entorno, en algunos casos común con las otras, en otros muy diferentes. También, generan repercusiones en las otras operaciones, representadas en la figura como un resorte que las vincula, es decir, pueden afectarse una a otras, requiriéndose una función de coordinación, representada en los triángulos a la derecha de las gerencias operativas (GO).

Por supuesto, esto no acaba por explicar en su totalidad, la composición y funcionamiento de cualquier organización. Es por ello, que el MSV define otros 4 sistemas, adicionales al llamado **Sistema Uno**.

Estos sistemas deben, fundamentalmente, equilibrar la variedad, que el autor llama *variedad horizontal* -la generada en las operaciones- con la *variedad vertical*, es decir, la capacidad de procesar la anterior, en el eje de lo que sería la gerencia superior o alta dirección, y que corresponde al siguiente nivel de recursión. La figura siguiente los presenta gráficamente), y los nuevos sistemas se encuentran en el cuadrado sombreado de la derecha.

[43] Gaebler, T. y Osborne, D., "Reinventando el Gobierno", Plume/Peguin Books, 1993 (el texto entre paréntesis es propio)



A continuación, se describirá los sistemas adicionales que debe presentar un sistema (una organización) viable:

B) El sistema Dos: La Regulación Anti-oscilatoria (Coordinación de las Operaciones)

Dado que se está hablando de varias operaciones en el sistema uno y, si asumimos que cada una de éstas va a intentar conseguir sus objetivos pensando en forma independiente; se hace imprescindible coordinarlas a fin de maximizar el cumplimiento de los fines de la organización en su conjunto e impedir que se afecten entre ellas. Aunque esto se puede cumplir a partir de órdenes de los niveles superiores, en realidad es un acomodo entre las operaciones.

Un ejemplo típico de este sistema dos en la industria es la función denominada PCP (Planeamiento y Control de la Producción), por el cual se planifica la producción de las distintas ramas, zonas o etapas existentes.

Esto, para el caso del aparato prestador público de salud, es algo de lo que se comentó en el diagnóstico de procesos: **que no existe un manejo de la oferta que sintonice con la realidad y se maneja de una manera casi estanca**. Sería necesario, entonces, incorporar esto a la esfera del diseño de la organización de salud y a su operación cotidiana.

Esta acción de coordinación anti-oscilatoria tiene que verse en dos niveles, uno más específico junto a cada gerencia de operación, del que ya se ha hablado, y uno en el nivel siguiente, lo que se denomina *Gerencia General* o *Alta Dirección.*

Esto se grafica como un triángulo S2 que une los triángulos que están a la derecha de cada gerencia de operación, para conectarse a la Gerencia Gral. Esto quiere representar que, siendo un "asunto de las operaciones", la gerencia general mantiene su responsabilidad.

No existe una única regulación sino que existirán tanto como sea necesaria. Por ejemplo, puede haber la tendencia a "robarse" los mejores profesionales de salud entre establecimientos o redes, por lo que debería definirse algunas reglas regulatorias al respecto, o de pugna por consultorios entre profesionales en un establecimiento, para lo cual se crean horarios, como mecanismo de coordinación. También podría incluirse regulaciones para impedir daños del ambiente o a la bioseguridad de un hospital.

C) El Sistema Tres: La Gerencia General, orientada hacia adentro y hacia ahora

Hemos visto, hasta ahora, el asunto de las operaciones, es decir, aquellas que producen los bienes y servicios que definen su misión específica. La gerencia de que se ha hablado hasta ahora, es la gerencia operativa (GO en el diagrama). Sin embargo, se puede notar fácilmente que eso no permite explicar todo en una organización real.

Falta, entonces, otro elemento importante del MSV: lo que sería equivalente a lo que se conoce como Gerencia General. Es decir, la función que tiene bajo su responsabilidad un conjunto de operaciones y su coordinación entre ellas (Sistema Uno y Sistema Dos) y busca mantener la identidad corporativa en el conjunto de la organización.

La gerencia general, en el sistema tres, es la gerencia del presente y del interior de la organización.

En su relación con las operaciones, la gerencia general experimenta los retos ya mencionados destinados a equilibrar la variedad, en este caso con todo el sistema uno. Esto hace que el manejo de variedad sea más complejo, ya que lidia con varias operaciones, muchas de ellas muy diferentes entre sí, muchas de ellas separadas geográficamente, todas con diferentes situaciones, requerimientos, factores de éxito, tiempos, etc.

La tentación de muchas gerencias generales es el de querer intervenir en todo en el nivel operativo, pero como señala Beer:

"La llamada prerrogativa de intervenir indiscriminadamente… no tiene la variedad necesaria"

Se hace necesario trabajar con herramientas lo suficientemente eficaces para equilibrar esta variedad. Estas son, de acuerdo al SMV:

a) **Requerimientos normativos y corporativos**: es lo equivalente a las bases de otorgamiento de las franquicias, es decir las normativas internas, políticas, estrategias, protocolos y directivas. Su función es atenuar la variedad que surge de las operaciones, al definir una forma compartida de operar, asegurando la identidad corporativa.

En la prestación de salud, esto se utiliza bastante, sobre todo en la forma de estándares, protocolos, directivas. Otro tema, que será visto después, es si existen los mecanismos para asegurar que se cumplan.

Este canal, no corresponde únicamente a disposiciones estables, sino también a disposiciones específicas de intervención sobre las operaciones, las directivas. Estas intervenciones, pueden responder a una dinámica de cambio parcial o de mayor nivel, o, también, cuando existan problemas que ameriten tal intervención.

Esta última modalidad, es lo que en la gestión moderna se denomina “gestión por excepción”, es decir, dejar de lado la tendencia de los gerentes a estar “al tanto de todo” y sólo **dirigir su atención hacia lo que presente problemas o exceda el comportamiento esperado**. Esto permite que los gestores estén en capacidad de superar la restricción al “día a día”, para ver cómo mejorar el presente y prepararse para el futuro. Esto será tema de los otros sistemas del SMV

b) **Negociación de Recursos**: Es algo así como la discusión presupuestaria, tal vez no tan rígida como el sistema vigente en el sector público, donde se vincula qué cosas deben hacer las operaciones y los fondos que recibirán por esto. Un asunto fundamental es que esta negociación sea realista y no signifique algo así como “has esto que cuesta 1,000 pero te voy a pagar 100”, que sólo va a causar una irrealidad que va a determinar que no se hagan muchas cosas o se hagan en forma precaria e insuficiente.

Como se está hablando de varias operaciones, estamos hablando, como dice la definición de la ciencia económica “asignación de recursos escasos entre fines alternativos”, es decir, si le doy más a una operación, se lo estoy quitando de otras.

También debe reflejar la priorización institucional de estas operaciones, esperemos, a partir de un razonamiento técnico. Esto, debería ser visto cuidadosamente, por ejemplo, en el tema de prevención versus recuperación, identificando y asignando fondos en forma individualizada a las actividades preventivas, como una forma de mejorar la situación de salud, a la vez que se genera ahorros en el sistema al reducir la probabilidad de enfermedad.

c) **Rendición de Cuentas**: Ésta es la contrapartida a la definición de requerimientos normativos y corporativos y a la asignación de recursos. Es decir, las operaciones informan a la gerencia general lo que han hecho al respecto.

Como no puede tratarse de informar todo (por la ecuación de variedad, no lo podría “digerir” la GG), se trata de organizarlo adecuadamente, en la forma de indicadores de distinto tipo. Acá están incluidos los denominados indicadores de gestión, contables, de cobertura, de satisfacción de los usuarios y de los trabajadores, etc.

Una forma de permitir que los gerentes de nivel superior puedan seguir la marcha global sin mayor consumo de energías innecesarias, es desarrollar los llamados **"Tableros de Mando"**, semejantes a los de los aviones, que tienen a la vista los valores de las variables requeridas. Por ejemplo, en los aviones, éstas incluirán datos como altitud, posición, nivel de combustible, presión interior, entre otras.

Este Tablero de Mando, puede ser automático, es decir y en forma similar a los aviones, prender luces "amarillas" o "rojas" cuando algo se sale de control y requiere una intervención.

d) **Auditoría**: La rendición de cuentas y el uso adecuado de los recursos asignados es, en un primer momento, aceptado como verdad, a partir de la información contenida en los indicadores. Esto, sin embargo, podría dar lugar a perversiones, tales como "inflar" o "maquillar" determinados indicadores o mal utilizar, por lo bajo, algunos recursos.

La tentación de los gerentes es, a menudo, tratar de controlar todo y eso, nuevamente, no tiene la variedad necesaria. Se van a saturar en el intento y "se les van a escapar las tortugas".

Llamado como **Sistema Tres*** (Tres estrella) por Beer, la auditoría representa una forma de control de mucha variedad que trabaja de forma aleatoria e inopinada para verificar la veracidad de la información suministrada así como para evaluar aspectos que requieren ser observados "en vivo y en directo", como podría ser revisar determinadas intervenciones, orden y limpieza, eficacia de la seguridad, etc.

Estas inspecciones, no necesitan ser totales: revisar a todos y/o revisar todos los aspectos; sino que pueden ser inspecciones parciales o incluso de un solo aspecto, como podría ser el ir temprano a un establecimiento y verificar que está abierto y con el personal necesario. Una parte importante de estas inspecciones no debe realizarse a los establecimientos, sino a las personas usuarias, incluso, en su domicilio o mediante recolección de encuestas de opinión.

Su potencia se incrementa, si va acompañado de un sistema de penalización muy fuerte para determinados comportamientos (como sería dar información falsa, sustraer bienes, atender en forma deficiente).

D) El Sistema Cuatro: Inteligencia (La Gerencia General Orientada hacia afuera y el futuro)

Si nos quedamos en el "aquí y ahora", estamos ignorando otra fuente importante de variedad: el desarrollo de comportamientos no visibles o que están en formación en el entorno y al interior de la organización. Dentro de esto podemos encontrar temas como las variaciones en los perfiles epidemiológicos y demográficos (local, nacional, mundial), las amenazas presentes y futuras, los avances en las ciencias médicas y biológicas, los

requerimientos de la enseñanza técnica y universitaria, por citar algunos elementos vinculados a la salud.

Éste es un campo sumamente débil en el campo del estado, en general, y de la salud, en particular. Las consecuencias pueden ser muy peligrosas y, también, las oportunidades perdidas, pueden ser grandes.

En el primer caso, por no visualizar amenazas apropiadamente. Por ejemplo, es casi un hecho el que, en algún momento, va a haber un terremoto muy fuerte en Lima. Si sucede en la situación como estamos ahora, la cantidad de pérdidas humanas probables podría ser altísima, quizás, en magnitudes de 6 o 7 cifras. Aparentemente, no se ha hecho nada al respecto. Esto no debería limitarse a “simulacros”, sino a identificar zonas de riesgo y a actuar sobre éstas.

En el campo de las oportunidades, la ciencia médica, la industria farmacológica, la investigación científica y la experiencia internacional, están haciendo descubrimientos día a día que, si no son seguidos e incorporados, estamos perdiendo sus ventajas.

No sólo es un asunto de ciencia y tecnología, sino que también incluye aspectos como conflictos potenciales, sea con la población o la fuerza laboral, con la industria, etc.

E) El Sistema Cinco: Las Políticas (La Gerencia General Orientada hacia la Adaptación)

El sistema cinco parte de lo analizado en los sistemas tres y cuatro (adentro- ahora y afuera-futuro) para conseguir la mejor adaptación de todo el sistema viable, actuando a través de políticas que aseguren su transformación, a partir de sus logros y limitaciones (fortalezas y debilidades), a las tendencias del entorno hacia futuro (oportunidades y amenazas). Obviamente, **depende de las bondades de ambos sistemas mencionados, que le sirven de base**.

Como hemos visto, en el aparato público de salud, tanto el seguimiento de la situación interna y actual, como la función de inteligencia son débiles, por tanto, la esfera de las políticas son también incipientes. Muchas veces más orientadas por lo sensible, por el escándalo o las tragedias, por el debate político y/o periodístico. Peor aún, cuando la dirección, en los distintos niveles de recursión, se encuentra sobrepasada por una inadecuada administración de la variedad; peor aún, por una complejidad artificialmente incrementada y una capacidad de enfrentarla, contradictoria e inexplicablemente disminuida.

Al leer esto, es fácil vincular el sistema cinco al desarrollo de la técnica denominada Planeamiento Estratégico. El sistema tres, representa el análisis de fortalezas y debilidades (aunque no únicamente); el sistema cuatro, el de oportunidades y amenazas. Esto es cierto, sólo que con una diferencia: muchas veces, el planeamiento estratégico es entendido con una visión muy formal, como reuniones de algunos días, donde se desarrolla “tormentas de ideas” que, finalmente, terminan en un interesante y bien diagramado documento, que vas a terminar en los anaqueles o archivadores. La idea de pensamiento estratégico vinculado a

los sistemas 3, 4 y 5, **es más una práctica permanente, de gerentes que reducen el nivel de atención a los detalles para permitirse enfocar en lo importante, la adaptación**.

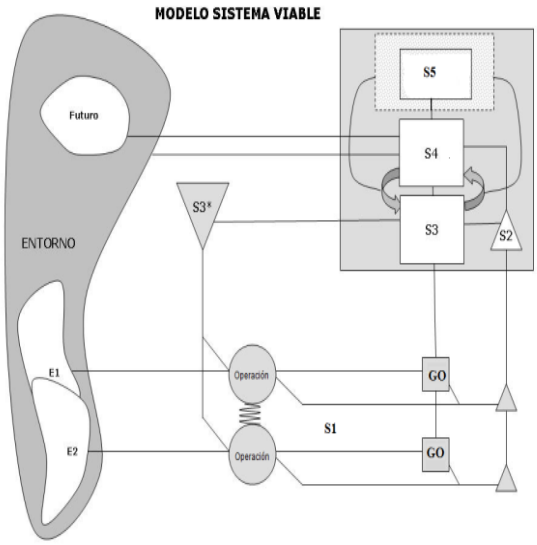
La Recursividad del Modelo

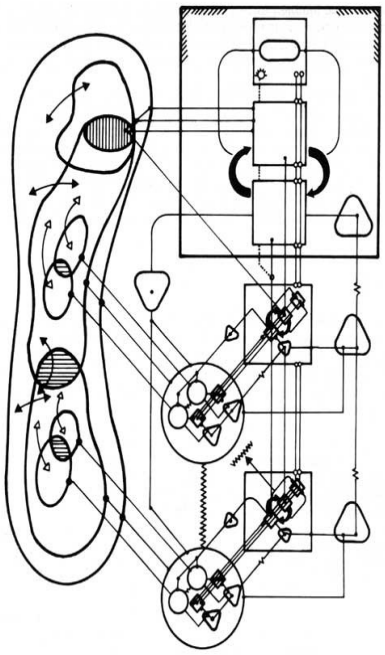
El modelo presentado, tal como lo muestra la figura presentada más arriba, corresponde a un nivel determinado de recursión. Pero es posible utilizarlo en cualquier nivel de la organización.

Si, por ejemplo, bajáramos un nivel más, conforme lo muestra la ilustración siguiente, en la figura de la derecha, el cuadrado G.O. contendría o se desdoblaría en los 3 subsistemas de la gerencia general y el círculo de operación, igualmente se descompondría en las sub-operaciones pertinentes, cada una con su propia gerencia operativa. Es decir, el modelo puede utilizarse para cualquier nivel de una organización compleja, como en el caso del sector salud.

Es decir, la gerencia general puede referirse a:

- La jefatura de un servicio frente a sus consultorios o profesionales
- La jefatura de un establecimiento frente a sus servicios
- La jefatura de una micro red frente a sus establecimientos
- La dirección regional frente a las redes
- El ministerio frente a las regiones





INCORPORANDO EL MSV A LA ORGANIZACIÓN DE SALUD

Como ya se dijo, el MSV es una aplicación de la cibernética a la esfera administrativa. Que mejor oportunidad sería poder aplicar este concepto, extraído de la biología, del funcionamiento de los seres vivos, a la organización de la salud pública.

Precisamente, los seres vivos mantienen un conjunto de mecanismos, que han sido denominados *homeostatos*, que permiten amplificar la propia o atenuar la recibida, que les permite mantenerse vivos (viables).

Vamos a ver a continuación, los principales homeostatos que deben de ser promovidos y fortalecidos -como mecanismos permanentes- para que la organización de salud sea, también, una entidad viable, lo que implica, hacer lo que está supuesto debe hacer. En algunos casos, se hará alguna relación con los seres vivos, en otros no.

I. AUTONOMÍA

Qué mejor ejemplo que el cuerpo humano, que incorpora en forma amplia la dimensión de conciencia en su funcionamiento (lo que nos diferencia de otros seres vivos), pero que realiza en forma simultánea una diversidad asombrosa de procesos por fuera del ámbito consciente, tanto a nivel de sistemas, órganos, tejidos, células y estructuras sub-celulares.

La mayor parte de estos procesos son realizados sin mayor intervención "externa". Cada parte "sabe" lo que debe hacer y este "sabe" es constitucional, está en la "ROM" del organismo, en el lenguaje de sus genes[44]. La intervención se hace, fundamentalmente, para responder a algo irregular, sea generado dentro o fuera del organismo. En términos de la administración moderna, equivale a la denominada "**gerencia por excepción**").

Si hubiera sido de otra forma, no habría existido la posibilidad, ni siquiera remotamente, de alcanzar el grado de desarrollo actual en la especie humana. Sólo caminar, comer o conversar, si fuera consciente, es decir comandada por el cerebro, ocuparía gran parte de nuestra atención; ni que hablar de procesos tan complejos como la auto-defensa, el procesamiento de los alimentos y sus desechos o la respiración y el funcionamiento del corazón o los pulmones. La corteza cerebral, algo así como el gerente general del ser humano, estaría en saturación y crisis permanentes, de querer controlar todo lo anterior.

Por eso es que se ha desarrollado todo un sistema de autonomía, sustentado en elementos como los sistemas simpático y parasimpático y la capacidad de realizar actividades diversas por fuera de la esfera consciente (además de lo anterior, acciones como caminar o alimentarse, por ejemplo).

[44] Lo interesante es que los seres vivos utilizamos un lenguaje de mayor potencia que el utilizado en informática que es binario (Off/On o 0/1), mientras que aquel es cuaternario (A(adenina), C(itosina), G(uanina), y T(imina)

Debe emprenderse la búsqueda de la autonomía como base de la estructuración del sistema. Esto debe ser válido parta todos los niveles de recursión, comenzando con el nivel de prestación, los establecimientos. Esto no significa, en modo alguno, dejarlos a su suerte o que hagan lo que quieran. Sino la estructuración de una nueva forma de interrelación, orientada a resultados. En otras palabras, **generar un proceso de empresarización de las entidades públicas que producen servicios, al enfrentarlas al reto de obtener resultados**.

Esto significaría una alternativa más estable que otra que se presenta muchas veces como alternativa: la entrega al sector privado de estos servicios, que tendría consecuencias políticas y sindicales muy fuertes. Puede resultar mejor, claro está no exenta de conflictos, el llevar a tales entidades a desarrollar incentivos similares al sector privado.

EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD COMO UNIDAD AUTÓNOMA DEL SISTEMA

La entidad fundamental del sistema de salud es el establecimiento. Representa lo que da identidad fundamental a todo el sistema[45]: la producción de servicios de salud para su población objetivo. Puede ser tan grande como un hospital metropolitano, o tan pequeño como un puesto de salud de una zona alejada.

Dado que estamos resaltando los mecanismos de comportamiento (regulación y control) de los seres vivos, es importante su concepción como una entidad autonómica en todo el sentido de su significado.

Y, quizás, la falta de autonomía sea una parte decisiva en la explicación de por qué el estado funciona en forma deficiente en una gran parte de sus sectores. La falta de autonomía, genera entidades dependientes y pasivas, sujetas a la “batuta” del que dirige. Del otro lado, los que llevan “la batuta”, son sobrepasados por la situación y, así, son incapaces de orientar y controlar todo lo que pasa. La falta de autonomía, acompañada por una ausencia de una medición del desempeño basado en resultados, genera trabajadores desmotivados y no comprometidos con su trabajo; muy sensibles a la defensa de los intereses propios o de grupo.

[45] Por supuesto, hay acciones destinadas a defender la salud que se deben dar por fuera de los establecimientos, como es el caso de determinadas acciones contra brotes epidémicos o desastres, la coordinación política con la sociedad y el resto del estado.

Centralización y descentralización, son dos dimensiones que deben estar presentes. Ni todo debe ser centralizado, ni todo debe ser descentralizado. Algo importante, es discernir qué debe ser centralizado y qué debe ser descentralizado:

- En el modelo actual, se centraliza -a nivel nacional- la definición de metas de producción, generando un escenario no real. Las metas, por el contrario, deberían salir desde abajo, a partir de la población. Lo centralizado, debería ser la determinación de a quiénes se va a atender (pobres, no pobres de escasos recursos) y cómo atenderlos (fundamentalmente, los protocolos y estrategias de atención).
- Otro aspecto a centralizar, es la función de control de la calidad, en sus distintas variables. No existe, sin embargo, una práctica rigurosa de su seguimiento, primando con esto, la dinámica que imprimen las entidades prestadoras, sin la contrapartida necesaria.
- En el modelo actual, se centraliza la información, casi a espaldas de las entidades prestadoras de servicios, cuando esta información debería tener una base de información única, con distintas formas de explotación de la misma, de acuerdo a quién la consulta. En el centro, con mayor atención hacia el seguimiento de la enfermedad, a escala mayor y para seguir el desempeño del aparato prestador; en los establecimientos, orientada a soportar y potenciar su operatividad.
- En el modelo actual, se centraliza las adquisiciones y contrataciones a nivel de unidades ejecutoras, supuestamente para “aligerar” a los prestadores, pero realmente les genera más trabajo, y además genera situaciones continuas de restricción. Paralelamente, se piensa que así se va a defender la calidad de lo adquirido o contratado y evitar la corrupción; pero la evidencia demuestra que no es así.

En el sector público, no está muy incorporado el concepto de lo que sería una “unidad autónoma de producción de servicios”. En el caso de salud, la ley no dice nada al respecto. En el caso de la Ley General de Educación, ley 28044, si dictamina sobre esto, para el caso de la escuela (denominada por la ley “institución educativa”), en el artículo 64º:

“Son objetivos de la gestión educativa contribuir a:

a) Desarrollar la Institución Educativa como comunidad de aprendizaje, encargada de lograr una excelente calidad educativa.

b) Fortalecer la capacidad de decisión de las Instituciones Educativas para que actúen con autonomía pedagógica y administrativa. Las funciones de todas las instancias de gestión se rigen por los principios de subsidiariedad, solidaridad, complementariedad y concurrencia…”

La autonomía tiene que ser, dentro de cierto marco, integral. Es decir, tiene que incluir los aspectos propios de la producción de servicios de salud, así como la administración en cada nivel de los recursos requeridos. Esta es, también, una forma de llevar a los establecimientos a la "mayoría de edad" que tienen que pensar en actividades y requerimientos, en costos e ingresos, en deberes y derechos.

Implementar esto, seguro que va a costar, máxime cuando se ha "enseñado" con la práctica lo contrario. Pero sus beneficios van a ser considerables, **mientras que los costos sólo serán iniciales, de introducción del cambio y, luego, se convertirá en cosa normal**.

Hay mucha gente que duda de la capacidad de la gente de actuar en forma autónoma, proyectando sus propios miedos como "prueba" de la incapacidad de los otros de actuar de esta forma (u ocultar sus intenciones de controlarlo todo). Una prueba de que esto sólo se encuentra en el terreno de las fantasías (muchas veces auto-cumplidas) es el enorme desarrollo empresarial que está teniendo el Perú.

Aparecen por doquier muchas empresas pequeñas, y son formadas por gente que no tiene casi ninguna formación previa. Surgen, día a día, los ex-cocineros que se convierten en dueños de restaurantes, los ex-trabajadores que forman nuevas empresas de fabricación o servicios diversos; etc. Y esto ya no es patrimonio de zonas centrales y desarrolladas, sino que se ve en cualquier zona. De acuerdo a la Cámara de Comercio de Lima, se calcula que en el Perú se forman alrededor de **200 micro y pequeñas empresas por semana**, en todo el Perú. La mitad en Lima y el resto en todo el país[46]. Todas estas deben enfrentar los retos de su propia actividad y manejar los recursos requeridos, lidiar con los proveedores, la legislación, los clientes, etc.

En realidad, en la base del aparato prestador, **en los establecimientos, las cosas no van a cambiar mucho.** El profesional de la salud trabaja, en general, en forma autónoma, sea en un consultorio o sea en el trabajo de campo. Esto se puede potenciar de forma sustantiva, cambiando el alcance, la tecnología y los incentivos.

Los que sí deben cambiar más intensamente, son los niveles de dirección, saliendo en lo fundamental de mirar los árboles, los detalles y los recursos; para centrarse en el bosque, las tendencias, las estrategias, la investigación: Mejorar el presente y prepararse para el futuro, desarrollando, fundamentalmente, los sistemas dos, tres, cuatro y cinco. Esto es lo que significa rectoría: **constructores de conocimiento y guía para la acción y el desarrollo de los niveles operativos.**

Esto implica aspectos como:

- Desarrollar su liderazgo sobre el conjunto de establecimientos y redes
- Generar estándares requeridos (costos, protocolos, etc.)
- Desarrollar una función de capacitación

[46] http://www.rpp.com.pe/2011-05-24-se-crean-alrededor-de-200-micro-y-pequenas-empresas-por-semana-en-peru-noticia_368571.html

- Desempeñarse como entrenadores deportivos: no están en la acción pero siguen el "juego", para encontrar los puntos fuertes y débiles y las acciones potenciadoras y correctivas, respectivamente.
- Generar una función de control de la prestación que vele por su calidad

El SIS también debe realizar algunos cambios: en primer lugar, no ser una fuente más de financiamiento, sino el brazo financiero del estado para la salud. Además, no puede limitarse a ser sólo un ente pagador a ciegas. Debe asegurarse que lo que paga se hace realmente.

Podría trabajar en consonancia con la función de control de los niveles de dirección sectorial, que daría "la luz verde" para el pago y, además, ejercer una suerte de "control de los controladores", que asegure que no existan componendas a nivel de la prestación.

Debe definirse las formas de financiamiento de la atención de factores de riesgo a nivel comunitario, que no se encuentra dentro de la lógica de financiamiento de salud individual del SIS. Quizás, ésta podría ser una función de la autoridad regional y central.

La naturaleza de los establecimientos

Debe definirse, entonces, al establecimiento del primer nivel, como la entidad prestadora fundamental del sistema público de salud. Su objetivo es prestar servicios de salud para la población objetivo del estado y participar como entidad especializada en la defensa de la salud de la comunidad, con articulación con la comunidad.

Por ello, tiene un territorio definido asignado y una población específica identificada y registrada, fundamentalmente pobre y que no tiene otras formas de atención de su salud.

Trabaja en forma concertada con las organizaciones existentes de la población, en especial con las autoridades municipales y las juntas vecinales comunales. Selecciona de las comunidades y sectores barriales, personas que estén en condiciones de participar en la labor de la defensa de la salud.

Sobre el territorio asignado, tiene la función de identificar y seguir los factores de riesgo en el nivel domiciliario, comunitario y local y eliminarlos o controlarlos en los aspectos que sean afrontables (otros deberán ser vistos a una escala más alta).

Sobre la población asignada, tiene la función de realizar un seguimiento periódico, de acuerdo a los protocolos correspondientes, así como atenderla en caso de existir dolencias, hasta donde sea posible por su capacidad de resolución, y derivarlos a otra entidad en los casos que no lo sea.

Por esta función recibirá un pago por persona registrada y podría establecerse un pago adicional por el componente comunitario y de familias no adscritas para acciones preventivas. A las personas que no sean beneficiarios del financiamiento público, podrían

cobrarles un conjunto de tarifas, aprobadas o no por la autoridad superior (sin necesidad de ser uniformes, sino responder a variables como calidad, prestigio o equipamiento e infraestructura.

Las redes de establecimientos de salud

Son agrupaciones de establecimientos que en conjunto:

a) Se responsabilizan de un territorio que corresponde a la suma de los territorios de varios establecimientos

b) En conjunto, brinda un determinado paquete de servicios de mediana complejidad, dentro de un tiempo de desplazamiento sanitariamente adecuado

c) Posee un esquema claro y definido de referencias, dentro de la misma red local o fuera, de acuerdo a la complejidad

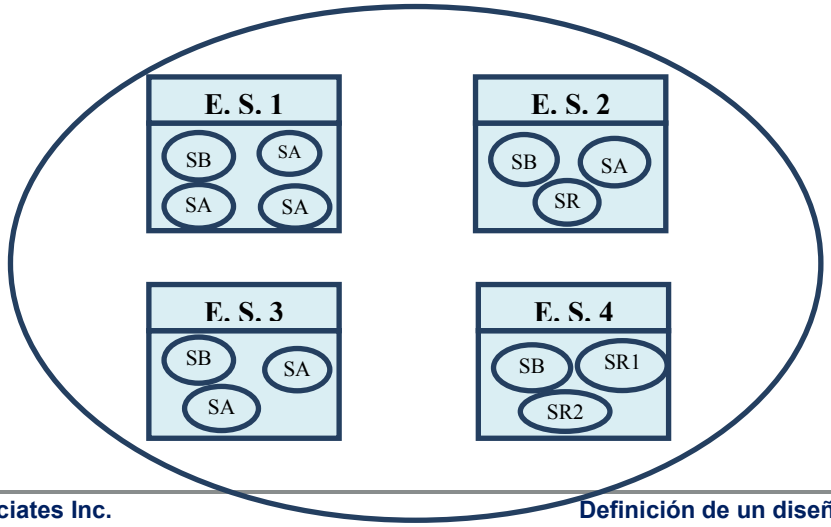
d) No es su función recolectar requerimientos ni intervenir en la distribución, salvo en casos específicos cuando existan dificultades de acceso, donde se convertiría en un punto de recepción y de recojo

Cada establecimiento **tiene un conjunto de servicios y los administra**. En general, todos los del primer nivel tendrán un conjunto de **servicios básicos (SB)**, destinados al control de individuos sanos, a la atención de enfermedades de bajo nivel de complejidad y, de ser el caso, de estabilización de casos más complejos y de puente con los servicios de referencia de la red.

En el conjunto de la red, se ubicará **servicios adicionales (SA)** en puntos específicos que permitan una capacidad de respuesta adecuada de acuerdo al territorio específico. Se pueden incluir también **servicios rotativos (SR)** que permitan dar atenciones más especializadas con una frecuencia determinada semanal o mensual, de acuerdo al perfil epidemiológico.

Todo esto se muestra en la figura siguiente:

MODELO GRÁFICO DE UNA RED



Hasta donde llegue el alcance de los servicios incluidos en el pago capitado, el establecimiento que refiere tendrá que pagar al que da el servicio adicional (por ejemplo, por ecografías a las gestantes). Lo que exceda al plan de servicios capitados se pagará aparte, por el financiador y por caso / procedimiento.

La micro red, es una entidad mayormente de alcance distrital que **en conjunto debe tener un determinado nivel de resolución que permita solucionar los problemas hasta cierto límite de capacidad.** Es decir, no tiene que organizarse en torno a una cabeza sino como red de pares, como una agrupación de establecimientos en un territorio dado.

En un territorio más amplio, en general provincial, existirá una red ampliada de servicios, a fin de permitir atender casos de alta complejidad y quizás administrar parte de los servicios rotatorios más especializados (algunos podrían ser contratos externos a profesionales no MINSA).

Otra elemento a estructurar, sería la organización de un sistema de asistencia remota para problemas cuya complejidad exceda a la disponible, **sea para estabilizar o para tratar casos específicos.**

Las redes deben organizar la distribución de servicios en función del territorio, tiempos de traslado y economía sobre sus ingresos capitados. Esta distribución puede ser móvil, en función a factores estacionales. Esta es una versión del PCP de las empresas industriales.

Relaciones con los estamentos rectores

De acuerdo al esquema del MSV, existe un conjunto de **requerimientos corporativos**, que deberán ser cumplidos, en asuntos como:

- Protocolos diversos de atención
- Trato a los usuarios
- Procesamiento de quejas y sugerencias
- Apariencia física de los ambientes, logos, mensajes, orden y limpieza etc.
- Formularios, reportes, sistemas de información, etc.
- Criterios de adscripción y de pago de usuarios

También, dentro de esto deben incluirse las intervenciones específicas (intervenciones directas, directivas y órdenes, etc.) en caso de requerirse y los límites en el alcance que éstas deberían tener.

Así mismo, existe la necesidad de **una negociación de recursos**, para los gastos que sean pagados por fuera del financiamiento capitado, si los hubiera, y para la inversión en infraestructura y equipamiento. Respecto al financiamiento capitado, la negociación se limitaría a establecer la cantidad de beneficiarios, por grupo específico, entendiendo que el financiador debe contar con un sistema de definición y actualización de las tarifas per cápita.

Las entidades rectoras, deben asegurar la calidad de los **sistemas de coordinación** (anti-oscilatorios), principalmente, la planificación operativa, los horarios de atención al público, las políticas de utilización de los ingresos por financiamiento, estímulos, etc.

Los establecimientos están obligados a generar y entregar la información correspondiente a la **rendición de cuentas** respecto a la planificación a al cumplimiento de las responsabilidades para la comunidad bajo responsabilidad. **Estos tienen carácter de declaración jurada** (sujeta a comprobación posterior, aleatoria).

Debe penalizarse con rigor, cualquier intento de faltar a la veracidad de esta información del desempeño. La información entregada, debe considerar, además de lo correspondiente a desempeño, la que se requiere para elaborar las estadísticas y para permitir el seguimiento de las enfermedades y factores de riesgo que la autoridad nacional o regional demande.

Debe formularse y desarrollarse un "**Tablero de Mando**", similar a los tableros de control de los aviones, que permita, hacia arriba, saber qué aspectos están desviándose de lo requerido, para permitir realizar intervenciones específicas. Este tablero de mando, **debe de tener la capacidad automática de "prender luces amarillas o rojas" cuando alguna variable arroje resultados que requieran intervención o mayor seguimiento**.

Las entidades rectoras desarrollarán un **sistema permanente de auditorías o inspecciones aleatorias e inopinadas**, tanto en los establecimientos como a las viviendas de los usuarios para comprobar la calidad de atención y la veracidad de la información. Esto puede incluir encuestar periódicamente a muestras representativas de los usuarios.

La información, tanto la que se entrega a las entidades rectoras como los resultados de las auditorías, deben ser de conocimiento de la red, a fin de que se puedan autoajustar.

Determinados asuntos, deben ser tratados por la red en su conjunto, para lo cual existirán reuniones periódicas de todos los responsables de establecimientos, a fin de evaluar la marcha de la red, realizar medidas correctivas.

Puede haber algo así como una secretaría técnica, no remunerada, que coordine a la red y que pueda reunirse con una mayor frecuencia seguir el trabajo conjunto y para solucionar problemas específicos. Los jefes de establecimientos, cuando realizan labor asistencial, si deben tener un pago adicional, para compensar la función gerencial.

II. EL REDISEÑO DE PROCESOS

Más arriba, se señalaba que, además de la autonomía, el rediseño de procesos es una herramienta muy poderosa para amplificar la capacidad de responder a la variedad que se genera en el entorno y en las operaciones, a fin de equilibrarla y alcanzar la *variedad requerida*.

Con el rediseño de procesos se consigue reducir el desperdicio, es decir, deshacerse de la carga inútil que se está soportando como producto de la fragmentación horizontal y vertical que sufren los procesos tradicionales.

Este rediseño, debe aplicar algunos principios guías para desarrollarlo:

- La desfragmentación de procesos, rompiendo con esquemas funcionales y jerárquicos, como se dijo, responsables primarios del desperdicio
- Se persigue, también, ampliar la mayor participación del colectivo de trabajadores, los que son empoderados y habilitados para hacer cosas que deberían hacer pero que han sido, bajo criterios de especialización funcional, asignados a otros.
- Otro mecanismo, igualmente amplificador de variedad, es la extracción de porciones del proceso, que perfectamente podrían ser realizados fuera de la dinámica y no tener que repetirse cada vez, como veremos podría suceder en el caso de adquisiciones y contrataciones.
- Así mismo, debe utilizarse una ***visión ampliada del proceso*** que incluya a usuarios/clientes así como a proveedores, para ver posibilidades de asignarles parte de los procesos. Como se dijo en el diagnóstico, el famoso “Just in Time” (JIT) llega a dar al proveedor la administración de los inventarios de la empresa cliente. Muchos centros de soporte técnico, intentan identificar casos donde el mismo solicitante pueda solucionar el problema, brindándole ya sea formas de definir el tipo de falla o darle asistencia remota y evitar así, una visita al cliente.

A continuación, se planteará algunas modificaciones en los procesos analizados en el diagnóstico precedente.

LOS PROCESOS DE ATENCIÓN

Debe estandarizarse los protocolos de atención, a fin de que se permita su homogenización a nivel nacional y regional.

La atención individual en el establecimiento, de controles preventivos y consultas recuperativas, se realizará en la forma acostumbrada, con las siguientes modificaciones:

a) Incorporación plena del sistema Galenhos en los establecimientos y, con ello, simplificación del proceso de atención (historia clínica electrónica, trabajo con citas de atención, etc.; sobre todo en zonas con niveles de demanda que lo requieran

b) Homologación del Galenhos con todos los sistemas clientes: SIS, SIEN, HIS y estrategias nacionales

c) Definición de horarios permanentes de atención, en toda la red, que deben ser cumplidos

d) En el caso de controles, de niños y gestantes u otros grupos etarios, la formación en prácticas saludables se realizará, principalmente, fuera del consultorio, para lo cual se utilizará: videos, rotafolios u otros medios gráficos, y charlas. Obviamente, algunos aspectos sí podrían ser enfatizados en el consultorio. Esto puede hacerse automático, en el caso de video, o en grupo cuando no se puede.

e) Quizás se podría revisar y establecer formas más abreviadas de hacer la evaluación del desarrollo intelectual, y su frecuencia; claro está, sin anular los fines para los cuales se ha diseñado. Parte de estas revisiones, deberían incluir formas de detectar rápidamente problemas individuales, que puedan “disparar” un procedimiento alterno, sólo en aquellos casos, mientras que el resto no pase por ello.

De esta forma, se agiliza la atención, permitiendo incrementar la capacidad de atención. En términos cuantitativos, podría ser llevar la productividad en la atención, de 1 a 1.5 casos por hora, a 3 o 4.

La atención individual y familiar fuera del establecimiento, se fortalece con la participación activa de un actor de la comunidad, los que actualmente se denominan Agentes (o Auxiliares) Comunitarios de Salud (ACS):

En el caso de las zonas urbanas o cercanas a los establecimientos, trabajarán en sectores, con un tamaño que le permita desarrollar sus funciones dentro de niveles adecuados. Podría ser un número de manzanas o zonas peri-urbanas.

Las funciones principales de estos ACS serían:

a) Registrar las familias e individuos en un padrón que luego será ingresado al sistema de información del establecimiento y del gobierno local.

b) Mantener el padrón actualizado, sobre todo nacimientos y defunciones, convivencia y matrimonios, migraciones y emigraciones.

c) Conocer y controlar los factores de riesgo de cada vivienda, sobre todo, sistemas de agua y eliminación de residuos y excretas, violencia familiar, abandono de niños o ancianos, colecho (dormitorio común familiar) y preparación y conservación de alimentos

d) Tener la programación de controles de individuos sanos y asegurar la asistencia de las personas de acuerdo a la frecuencia prevista

e) Servir de un canal de comunicación con el establecimiento y, cuando éste no esté operando, con otro punto remoto de referencia, para avisar de emergencias o poder tomar algunas medidas inmediatas.

f) Asistir periódicamente al establecimiento, para entregar la información recolectada y recibir consejería y capacitación (el establecimiento desarrollará, también, un plan de capacitación en las propias zonas de domicilio de los ACS)

En el caso de zonas dispersas, además de las funciones anteriores,

g) Convocar a las personas que tienen que recibir sus controles periódicos, para las oportunidades en que asista un profesional de salud en el punto de contacto previsto

h) Deben estar en condiciones de realizar determinadas actividades en los controles, a fin de permitir espaciar más las visitas de los profesionales de salud en las zonas de acceso más difícil (por ejemplo, peso y talla, orientación del feto).

i) Reforzar las recomendaciones de prácticas saludables

Si bien, no es lo óptimo estas mayores responsabilidades para los ACS en las zonas dispersas, éstas significan dar un mayor soporte a sus poblaciones alejadas que, de lo contrario, no tendrían ni siquiera eso o deberían trasladarse por muchas horas.

Debería establecerse, la periodicidad de las visitas a zonas dispersas, por parte de los profesionales de salud de los establecimientos. La suma de las visitas de estos, más los controles desarrollados por los ACS, deben ser equivalentes a los controles totales de los protocolos vigentes.

Para el cumplimiento de su labor, los ACS deben recibir capacitación en los temas que le sean requeridos, como: significado e importancia del control de factores de riesgo y de las prácticas saludables, entrenamiento en la ejecución de los controles que le vayan a encomendar, reconocimiento de factores de riesgo y de signos de alarma, primeros auxilios, fundamentalmente. Debe recibir un pago que le sea significativo, como pago de tiempo parcial, pero sin vínculo laboral.

La comunidad también recibe la información (aquella que le sea pertinente) que pueda registrarse en los formatos de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. La Junta Vecinal Comunitaria debe ejercer su liderazgo a fin de que los indicadores vayan mejorando en el tiempo. Más adelante, se tratará del tema de los incentivos que los motiven a tal fin.

LOS PROCESOS DE SOPORTE

Como se ha mostrado en el diagnóstico previo, existen serias limitaciones en los procesos vigentes de manejo de recursos.

- Desde el punto de vista de la eficiencia, de la utilización adecuada de los recursos financieros limitados, el problema más importante es que los procedimientos vigentes más utilizados, o tradicionales, son una fuente enorme de generación de desperdicio, de actividades que no crean valor en el sistema de salud. Igualmente, la corrupción drena también ingentes recursos y vulnera la calidad de los recursos que utiliza el sistema
- De cara a los establecimientos, la limitación fundamental es la **des-sincronización con los procesos de atención**. Los establecimientos tienen una dinámica propia, la cual se deriva de sus responsabilidades hacia sus usuarios. Las unidades ejecutoras, tienen su propia dinámica, que es muy distinta y tiene otros criterios de éxito y arreglos temporales.
- De cara a los niveles de gobierno sectorial, desfiguran el enfoque eminentemente sanitario que estos deberían tener, por estar inmersos en los detalles y en el manejo de los recursos.

Dado que se está presentando un modelo basado en el comportamiento de los seres vivos, conviene observar cómo realizan estos la provisión de los recursos necesarios para desarrollar sus funciones:

a) *La mayor parte de los insumos que requieren, los obtienen del sistema circulatorio o de receptáculos de almacenamiento ubicados al alcance del sistema destinatario. Están ahí gracias a la actividad de los sistemas alimentadores (principalmente los sistemas digestivo, respiratorio y glandular)*

b) *La mayor parte de "trabajadores" los crean los mismos órganos, mediante reproducción celular.*

c) *La "infraestructura", el sistema óseo y los tejidos de relleno, igualmente.*

Es decir, hay una sincronización plena y por eso el organismo sigue viable, hasta cuando ya no puede y viene la muerte. Y esto es posible, porque cada entidad, sea órgano, tejido o célula, soluciona sus necesidades de recursos.

En el caso de los establecimientos, obviamente, no se puede tener un sistema que esté circulando todo el tiempo con insumos, trabajadores, etc., pero lo que sí se puede, es reconectar a cada establecimiento (y cada servicio) con sus necesidades, para que las solucionen sin necesidad de intermediarios.

Se trata de hacer sistemas simples, que no requieran de seguir la lógica de los niveles por encima, que hagan crecer la burocracia; como sucedió, cuando la forma previa de provisión, basada en un esquema totalmente centralizado, dio pase a un sistema descentralizado; pero que replicaba el esquema anterior. Se pasó, así, de tener una gran burocracia centralizada en Lima, a tener un montón de grandes burocracias, centralizadas, primero, en las regiones (entonces departamentos) y luego en las provincias (con réplicas aproximadas en las cabezas de micro-redes).

En el acápite correspondiente en el diagnóstico ya ha presentado las dos alternativas que podrían hacer que este problema se reduzca en forma muy importante (y esto no sólo es válido para el sector salud, sino para el conjunto del estado):

a) **Utilización del sistema de convenios marco** para todas las adquisiciones y contrataciones susceptibles de ser estandarizadas y que son de compra más o menos cotidiana.

Como ya se dijo, establecido un convenio marco determinado, éste tiene validez para cualquier organismo en el país, dejando ya pre-establecido el precio, condiciones de entrega, descuentos por cantidad, etc.

Al ser la elección de un proveedor determinado del catálogo, potestad de cada unidad que adquiera sus bienes o servicios, además de la estabilidad que proporciona, se mantienen los mecanismos de mercado dado que cada empresa, deberá -como lo tiene que hacer en sus operaciones con clientes privados- pugnar por mantener satisfechos a sus clientes públicos para que le sigan comprando. Es decir, **no existe el "paraguas protector" de un contrato anual, por ejemplo, de una licitación o concurso similar**.

Tampoco existe la posibilidad de que, como sucede con cierta frecuencia, los proveedores se "pongan de acuerdo" para repartirse los múltiples procesos de compra, dado que este sistema tiene una validez de un año mínimo, prorrogable hasta por 3 años. Ningún proveedor podría aceptar un arreglo de este tipo y se obligaría a participar. Además, nadie está obligado a comprar a uno específico sino que puede pasar de uno a otro.

En caso de intentos probables de "sabotaje" de parte de algunos proveedores, como podría ser el caso de los medicamentos, el proceso de establecer convenios marco, debería reforzar el ingreso de proveedores internacionales.

Es más, los convenios marco promueven la competencia, por cuanto los precios de cada proveedor son públicos, pudiendo los distintos ofertantes, mejorar sus ofertas para captar más compras.

Otra potencia de este sistema, es que protege al estado de proveedores inescrupulosos, por cuanto cualquier tipo de acción dolosa significará su salida del sistema (fuera de las acciones legales, etc.).

b) **Utilización de pruebas de calificación periódicas**, al estilo de las pruebas TOEFL, que puedan examinar las competencias asociadas a cada tipo de puesto requerido por el estado, que incluyan los aspectos: conocimientos, aptitudes, actitudes y hasta limitaciones de tipo emocional.

Se evitan, así, los numerosos procesos que ocurren a nivel de todo el país y se asegura que quienes ingresen a laborar a las entidades públicas tengan un nivel mínimo adecuado de competencias. Esto, inclusive, cuando haya alguna forma de favoritismo no técnico en la decisión de selección.

La selección concreta se basaría, entonces, es exigir determinados puntajes mínimos en las pruebas (que podrían variar de acuerdo a temas como importancia de la entidad (por ejemplo, alguna institución podría exigir puntajes más elevados como valla mínima), el tipo de trabajo, etc.), la evaluación del CV y otros factores que cada entidad juzgue necesarios.

Estas dos modalidades cambian, así, la práctica común de desarrollo de una multitud de procesos periódicos y por todo el país, que deben realizarse cada vez que se requiere recursos, a sistemas de fácil acceso, que permiten que las redes y establecimientos puedan conseguir los recursos necesarios, sin perjudicar la calidad y costo de estos y, lo que también es importante, sin generar mayor esfuerzo a los establecimientos.

c) Por supuesto, **esto requiere que los establecimientos reciban directamente el financiamiento**, y que lo manejen para pagar lo que adquieran o contraten.

Bastaría que los establecimientos manejen una cuenta corriente de la cual puedan realizar los pagos necesarios, sea por cheque o por internet, con lo cual las transacciones serían plenamente identificables.

Por supuesto que las entidades de dirección (MINSA y direcciones regionales) deben tener la facultad de auditar estos mecanismos para evitar prácticas corruptas, pero **siempre visualizando que el control de los resultados es la mejor forma de asegurarlo**.

Esta es la diferencia fundamental entre una entidad privada y una pública tradicional, donde en el primer caso, sólo contratan o compran lo que requieren, porque si no lo hacen, pueden desaparecer, mientras que el estado no.

LOS PROCESOS DE GESTIÓN

Ya en la descripción del Modelo del Sistema Viable, se ha descrito el funcionamiento general de la gestión, es decir:

- La definición de los requisitos normativos y corporativos, como forma de establecer el **CÓMO** se debe dar la prestación de servicios de salud (y lo relativo a las actividades de soporte).
- La negociación de recursos, para establecer el **CUÁNTO** en cobertura y actividades, así como la magnitud del pago a ser recibido.
- La rendición de cuentas, como la presentación de la información de producción y los indicadores correspondientes.
- La auditoría inopinada y aleatoria, como mecanismo de verificación de la rendición de cuentas.

Algo que debe de establecerse con mayor detalle, debe ser el contenido de la planificación, la cual actualmente se realiza más para cumplir con requerimientos formales de los niveles superiores y, sobre todo, para soportar la fase de programación en el proceso del Presupuesto Público.

Al respecto, esto último genera un trabajo en mucho detalle en el conjunto de entidades prestadoras, para calcular, en base a la definición de tablas de recursos insumidos para cada tipo de *producto presupuestal*[47]que va a terminar en un requerimiento presupuestal determinado, el cual posteriormente va a ser desvirtuado totalmente al darse el *Techo Presupuestal* del sector, por parte de MEF, que significará comprimir el presupuesto obtenido con un gran esfuerzo a nivel de toda la república, a una fracción mínima.

Programación de actividades

La programación de actividades debe de servir en forma directa al trabajo a ser realizado por los establecimientos por lo cual:

a) Debería partir de la población real registrada y bajo responsabilidad del establecimiento (bajo una cartera de servicios total, preventiva y recuperativa individual), al igual que el inventario de factores de riesgo, para los servicios dirigidos a familias y comunidades

b) Definir los controles programados de acuerdo a los protocolos individuales, familiares y comunitarios y los registros mencionados en (a)

c) Debe estimar, en base a datos históricos, así como de variación del perfil epidemiológico, la carga esperada de atenciones recuperativas

d) Debe permitir el recálculo de la programación ante variaciones

e) Debe producir los requerimientos de insumos varios y servicios derivados de lo anterior.

Sería importante incluir en el sistema de información un módulo de planeamiento operativo, de acuerdo a lo acá precisado.

III. LOS INCENTIVOS

Si los trabajadores de salud, al igual que el resto de participantes están dinamizados a desarrollar su rol en la defensa de la salud, su rendimiento es ampliado, muchas veces muy por encima de la norma. Es por esto, que estamos hablando de un amplificador importante de la variedad de la organización.

[47] Por ejemplo, lucha contra la desnutrición crónica.

Como se señalaba en el diagnóstico, en salud, como en prácticamente la totalidad del sector público, no existen incentivos que promuevan la producción requerida y en los niveles mínimos aceptables de calidad, de los servicios de salud. Por el contrario, existen una serie de incentivos perversos que promueven lo contrario, así como la corrupción.

Esto último es así, porque existen incentivos de las personas que, muchas veces, buscan cosas como la satisfacción inmediata de necesidades (incluido el ocio así como el dinero que actúa como equivalente de bienes a ser adquiridos). Para cualquier persona, es mejor no hacer un trabajo que hacerlo, no hacer cola que hacerla, etc. Por eso, deben establecerse incentivos contrarios que permitan, sin negar los incentivos personales, movilizar al colectivo en función a los objetivos de la organización.En el fondo, esto no es sino una extensión del concepto de regulación anti-oscilatoria (sistema dos) al campo de los individuos.

Una conclusión interesante en el campo de la llamada *Etología comparada*, es decir, el estudio de la conducta de los animales y el hombre, muestra que cuando existe autoridad, la manada se calma, mientras que cuando no (por ejemplo con la muerte del líder), ésta se desorganiza. Una forma de generar autoridad, es a través de una cultura de deberes y derechos. Y esto produce, contrariamente a lo que se podría pensar, no individuos sumisos, sino personas que asumen su rol social, muchas veces por encima de los intereses individuales. La historia está llena de este tipo de personas.

El Incentivo Básico

Al respecto, existen dos incentivos de base, que resultan fundamentales para conseguir el buen desempeño del aparato prestador:

a) El conocer el **QUÉ** y **CUÁNTO** deben realizar los establecimientos, como se nombró, el “menú de trabajo” a ser acometido

b) Que existan consecuencias respecto a si esto se logra o no, en cantidad y calidad

El saber el qué y el cuánto, y que es preferible el hacerlo frente a no hacerlo, constituye algo así como “los requisitos del puesto” o “del servicio” en el caso de un contrato laboral. Esto obliga al contratado a “hacer lo necesario” para que esto se realice en forma efectiva. Inclusive, le lleva sea a revisar conocimientos, experiencias y hasta pedir asistencia, en el caso de tener limitaciones imprevistas; o dar esfuerzos extraordinarios cuando algo quedó pendiente y va a ser requerido.

Es un incentivo dado externamente al contratado, pero que pude ser internalizado por aquel y convertirse, en un periodo dado, en un incentivo intrínseco[48], claro está, bajo un sistema integrado que refuerce en forma permanente los mecanismos que lo hagan posible.

Por ello, es imprescindible el establecer, en una forma muy clara no sujeta a interpretaciones, la magnitud del "menú de trabajo" a realizar, así como las formas mínimas esperadas en que esto sea llevado a cabo (como son los protocolos o requerimientos de calidad y satisfacción al usuario).

Además, dado que de acuerdo a la presente propuesta, la responsabilidad asignada es perfectamente identificable, en términos de personas y territorios, la medición se facilita, haciendo que el que produce y el que controla, sepan con claridad que hay que hacer y medir, a diferencia de la actualidad donde mucho queda como algo nebuloso.

La financiación capitada es, además de un incentivo de clarificación de responsabilidades, también un incentivo hacia la eficiencia, dado que los prestadores van a poder visualizar el efecto positivo de prevenir u organizar mejor la oferta, para conseguir reducir el costo de la atención recuperativa.

También, el manejo de ingresos y gastos, es un elemento de motivación debido a que no dependen de nadie para cumplir sus actividades y, como ya se mencionó, una especie de "actividad adulta" o de entidades maduras.

El financiamiento capitado, es también un atenuador de variedad para los órganos de dirección y para el SIS, por cuanto **mueve el financiamiento de acuerdo a como varía la demanda**, sin requerirse de "grandes planificadores" que estén analizando esto. Se convierte así, en una especie de función de planeamiento y control de la producción (PCP) comprimido. Requiere sí, un trabajo periódico de estimación de los valores de las tarifas a pagar por cada grupo de beneficiarios.

Como se mencionó en la descripción del sistema 3, tanto en el componente Rendición de Cuentas y el sistema 3*, Auditoría, las entidades prestadoras deben estar obligadas a suministrar la información de producción y sus indicadores; y la contrapartida institucional, debe realizar en forma permanente, aleatoria e inopinada, comprobaciones periódicas de que esto es verdad. La pasividad y, sobre todo la falta de veracidad, deben ser penalizadas con severidad, para demostrar que "es de verdad", de lo contrario la ruptura del liderazgo se habrá concretado.

Para esto hay herramientas que pueden ir, desde amonestaciones y llamadas a reuniones para pedir explicaciones, pasando por afectación por penalidades del ingreso de los responsables, hasta la terminación temporal o definitiva del vínculo laboral o del puesto de responsabilidad, si se tratara del jefe de un establecimiento o unidad.

[48] Nos referimos a "incentivo intrínseco" a aquellos incentivos que no hay que promover u establecer externamente (por ejemplo el sueldo o un premio), sino que el propio "incentivado" es el que lo pone en funcionamiento.

Los incentivos deben de estar en toda la cadena del sistema de salud, premiando o penalizando la eficiencia y la eficacia. Por ello, debe de incluir a:

- Trabajadores
- Funcionarios en el nivel de prestación
- Funcionarios y directivos intermedios, a nivel distrital, provincial, regional y nacional

Es más, en el caso de los dirigentes de mayor nivel, componentes importantes de su remuneración, e incluso su permanencia, deberían estar asociadas al cumplimiento de metas definidas y concretas, tales como reducir determinados índices de incidencia y prevalencia de daños, de ampliación de coberturas, etc.

El manejo articulado en torno a la salud debe tener sus propios incentivos que hagan que las comunidades y los distritos se interesen en ella.

Un mecanismo ya existente que está logrando resultados interesantes, es el del Programa de Incentivos Municipales, que está asociando determinado financiamiento a los municipios por el cumplimiento de metas determinadas. Sin embargo, esto debería ir hacia la creación de incentivos estables en el tiempo y no a metas que son cambiadas periódicamente. Debería corresponder al sector salud la determinación de éstas.

Otro mecanismo posible, puede ser el establecer la categoría de: Casa protegida, sujeta a determinados cumplimientos; caserío o comunidad protegida, sujeta a un porcentaje mínimo de casas protegidas y distrito protegido, cumpliendo un porcentaje mínimo de comunidades o sectores protegidos.

Puede realizarse concursos anuales para premiar, con algo que le sea significativo a la gente, por ejemplo los 5 mejores de cada una de estas categorías, dentro de un acto donde asistan altas autoridades y que hagan que haya una pugna por ganarlo. Con mucha publicidad y marketing.

IV. OTROS HOMEOSTATOS

Existen, en las propuestas realizadas, homeostatos adicionales que también revisten mucha importancia y potencialidad en el manejo de la variedad. A continuación, se señalan los más significativos:

1. Se decía, en líneas anteriores, que tener registrada e inventariada la gente, como individuos, familias y comunidades, al igual que los factores de riesgo; actúa como un incentivo para los prestadores (y también para la propia población, que se va sentir que “existe” para el estado) al representar con claridad el llamado “menú de trabajo”.

Pero, también podemos tener en consideración que el tener tales registros, simplifica enormemente el conocimiento que el sector salud debe tener sobre su población, la incidencia de la enfermedad y el tamaño y extensión de los de los factores condicionantes y determinantes de la enfermedad. Es decir, puede cumplir un rol importante como

atenuador en el conocimiento de la situación de salud y como amplificador en la puesta en práctica de medidas de solución. Por decir, si aparece un brote determinado, puede conocerse rápidamente, cuáles son las áreas más expuestas, dónde hay más casos y que "rutas" deben utilizarse para combatirlo.

2. EL fortalecimiento del sistema de registro, unido a la exigencia sistémica y sistemática de cumplir en cantidad y calidad, las acciones preventivas, actúan como un atenuador de la carga de enfermedad, precisamente por el enorme valor que tiene la acción preventiva.

3. La introducción de mecanismos tales como la asistencia remota y los servicios rotatorios de mayor complejidad en el primer nivel, representan una importante fuente de amplificación de la capacidad de respuesta del sistema público de salud.

4. EL fortalecimiento y engrandecimiento del rol del ACS en la comunidad puede verse desde las dos perspectivas, como atenuador, evitando que una parte importante de los problemas (el principio de Pareto muestra que una parte importante de los problemas (según Pareto el 80%) son de baja complejidad y de fácil solución. Estos, no tendrían que, necesariamente, llegar a los establecimientos. Desde la otra perspectiva, puede verse como una ampliación de la capacidad de acción del servicio d salud, como un amplificador de variedad.

5. La utilización de encuestas, sobre la percepción de la gente sobre los establecimientos (y podría servir también para seguimiento de comportamientos y de otros factores de riesgo; así como formularios de opinión de usuarios sobre el servicio recibido; son una atenuación, una facilitación, del conocimiento de la calidad del sistema y de la situación de salud.

6. El planteamiento de adecuar la organización de la oferta a la demanda, es una forma de procurar el equilibrio permanente de la variedad y el alcanzar el nivel de *variedad requerida,* es decir, equilibrar la oferta con la demanda de servicios de salud, el cual debería ser el objetivo primario y fundamental de los gerentes públicos.

EL CLAS COMO ALTERNATIVA LEGAL VIGENTE PARA VIABILIZAR EL MODELO

A la larga, debería generarse una alternativa específica de conformación que genere una nueva forma de entidad financiada por los recursos públicos, que permita superar las limitaciones que presenta la legislación pública.

Esta entidad, podría ser muy compatible con sectores como salud y educación y otros que también ofrecen directamente servicios al público objetivo del estado; los que representan juntos, un porcentaje muy grande del aparato estatal.

Sin embargo, la concreción de tal alternativa debe recorrer un largo camino, que implica discusión parlamentaria, consenso con otros sectores, por ejemplo el sector economía, aparentemente muy identificado con la legislación vigente en temas de presupuesto, tesorería y adquisiciones y contrataciones.

Pero existe el régimen de CLAS, que está definido en una ley vigente, la ley 29124 del año 2007, que llevó a nivel de ley lo que antes había sido definido con un decreto supremo (DS 01/94 SA). Esta ley tiene toda la validez de cualquier disposición de ese rango.

Es más, en su artículo 2do. Especifica:

"Artículo 2º.- Promoción y fortalecimiento de la política de cogestión

2.1 El Estado, a través del Ministerio de Salud, de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales, ***promueve la conformación, la extensión y el fortalecimiento de las Comunidades Locales de Administración de Salud - CLAS****, y otras formas de cogestión que pudieran generarse, reconocidas por la Autoridad Sanitaria Regional, garantizando la simplificación administrativa."*

Y después…

*"****Artículo 3º.- Financiamiento y recursos asignados***

El financiamiento de la cogestión se realiza, principalmente, con fondos públicos, los mismos que tienen carácter de intangibles e intransferibles para otros fines, sin perjuicio de otras fuentes de financiamiento. ***Su continuidad y sostenibilidad es de cumplimiento obligatorio por los niveles de gobierno competente."***

En otras palabras, el abandono actual que ha sufrido este régimen representa una violación legal en la que están incurriendo las autoridades nacionales, regionales y locales lo cual, en realidad, es un asunto de suma gravedad.

Aparentemente, hay varios factores en esto. Por un lado, la existencia, quizás, de algunos excesos cometidos por la comunidad en algunas jurisdicciones, al amparo de sus facultades; por otro lado, el miedo en algunos niveles de "perder poder" frente a la autonomía, olvidando que su verdadero poder debería ser el ejercer un rol distinto, muy importante, en la dirección estratégica del trabajo sanitario y con mantenimiento de los mecanismos necesarios para su rol rector; finalmente, no hay que desdeñar la limitación

que este sistema representa frente a las posibilidades de “negocios subterráneos” que, en algunos casos, se desarrollan respecto a las compras y adquisiciones.´

Al respecto, la facultad de modificar el reglamento, está en el campo del propio Ministerio de Salud que debe proponer y sustentar frente al presidente de la república estos cambios, dado que los reglamentos (formulación y modificación) únicamente requieren de la firma de ambos.

Uno de los cambios importantes, debe ser el anular la disposición que establece que el dinero (por ejemplo el financiamiento del SIS) debe fluir a las direcciones regionales y unidades ejecutoras, a fin de que sean las propias entidades prestadoras que lo reciban, devolviendo así el carácter de pago a la demanda e incentivo fundamental para el mejor desempeño de la prestación.

Otro, definir con mucha claridad los alcances de ambas partes, sector salud y comunidad, en la gestión y ejecución de los establecimientos y de la resolución de conflictos.

El CLAS es una alternativa que ya se encuentra disponible y se puede emprender sin mayores requerimientos que tener la voluntad política de cumplir la ley y de reforzarlo y fomentar su ampliación a escala nacional.

AVANZAR EN EL REDISEÑO Y MEJORAMIENTO DE LA LEGISLACIÓN PÚBLICA

En el diagnóstico y en el diseño presentado hasta ahora, se ha podido identificar varios aspectos en que le legislación pública representa un factor de freno y un obstáculo para desatar las potencialidades institucionales hacia el cumplimiento de los fines que la sociedad le ha fijado al estado peruano.

Tanto es así, que la demanda genérica por una reforma del estado, resuena casi en forma permanente por todo el país. Sin embargo, esto es una aspiración que aún no tiene una forma definida, de ahí la calificación de “demanda genérica”.

Uno de los problemas en esto, es que cada cierto tiempo, aparece alguna gente que identifica reforma del estado, o de un sector, en cambiar tal o cual asunto, dejando lo demás inalterable y quedando todo, en lo fundamental, igual.

Problemas complejos, requieren soluciones complejas. Este principio de nuestros abuelos, sigue siendo vigente. Por eso, se requiere un trabajo integrado y no un conjunto de parches o soluciones parciales.

Precisamente, reforma del estado **representa, antes que nada, que éste cumpla bien los objetivos que le demanda la sociedad y que esto sea con el menor consumo posible de recursos**, dado que, al extraer recursos financieros en exceso, el estado termina afectando a la población que debe ser la beneficiaria de sus servicios.

La legislación pública resulta ser el armazón legal que configura ese modelo de estado que se requiere convertir. Diseñado con criterios que, en algunos casos, son conceptos heredados desde tiempos inmemorables, incluso de los antiguos griegos y romanos, requiere una revisión profunda para mantener lo que está bien, pero también para cambiar lo que no funciona.

Gran parte de ese diseño, se orienta a controlar los recursos en lugar de fomentar la productividad y eficiencia, congelar el escenario en lugar de permitir la flexibilidad necesaria en un entorno muy cambiante, castigar al “osado” y no premiar al emprendedor, castigar la falta y no fomentar la excelencia.

En términos más específicos, la legislación pública:

a) Está haciendo casi imposible la realización de proyectos de inversión, haciendo que demore tanto sus plasmación documentaria que las administraciones no se muestren incentivadas a realizarlas, dado que este tiempo de preparación y aprobación, excede su periodo de permanencia en la función, prefiriéndose realizar proyectos más simples que no solucionan los temas importantes

b) Dificultando, también, la asignación de dinero, con un proceso presupuestal rígido, sustentado, a pesar de lo que se diga, en gastos históricos y ajeno a la productividad y que consume enormes cantidades de tiempo al conjunto del aparato estatal

c) Como si fuera poco, dificultando, también, los procesos de gasto, tanto por las normas de adquisiciones y contrataciones de bienes y servicios, la contratación y manejo de personal así como de tesorería

d) Convirtiendo a las entidades productoras de servicios concretos, en entes pasivos, dependientes y carentes de objetivos y responsabilidades concretos, financiadas al margen de lo que hagan o dejen de hacer, de lo que logren o dejen de lograr

e) Saturando y abrumando a los gerentes públicos en temas “de apoyo” y alejándolos del esfuerzo por desarrollar “la línea”

f) Generando un sistema estatal descoordinado y contrapuesto entre sus mismos órganos y niveles

g) Desarrollando un criterio anacrónico del puesto en el estado, con personal nombrado que se cree que tiene el puesto comprado y que no hay que servir, sino servirse del público

h) Continuando un esquema previsional que consume ingentes recursos

i) Fomentando y/o permitiendo la corrupción, tanto la pequeña como la de alto calibre.

El reto, es cambiar esto y hacerlo de verdad. Claro que el cambio acarrea dificultadas. Y a mayor cambio, éstas pueden aumentar y ser muy ruidosas, pero, Si no se hace nada, no sólo habrá incomodidades y protestas de algunos, sino que sus efectos son múltiples, por inacción o incompetencia, en términos de muertos, enfermos, niños y jóvenes con futuros truncados, infraestructuras insuficientes y de mala calidad, etc.

LA PÉRDIDA DE RECTORÍA EN EL NIVEL CENTRAL

Un aspecto que debe incluirse en la discusión de este modelo de manejo e ingeniería de la variedad, es el aspecto de la rectoría. En el modelo, el concepto “Alta Dirección” debe incluir, para una organización nacional, el Ministerio de Salud, como elemento que de coherencia al conjunto del sistema de salud.

De lo contrario, estaríamos hablando de “mini sectores” en cada repartición política, cada quien con sus propias estrategias, criterios o factores de éxito, formas de abordar los problemas, etc. Y esto, sería negativo por amplificar la complejidad sistémica, reducir la capacidad de aprendizaje, incrementar la posibilidad de que factores extra-técnicos conduzcan la marcha sanitaria, por citar algunos aspectos.

El modelo de descentralización, ha nacido en forma demasiado acelerada, sin una discusión adecuada de su naturaleza, de los asuntos que deben descentralizarse y los que no, de los mecanismos que sirvan de pesos y contrapesos e incentivos al buen desempeño (es decir, institucionalidad), casi en la finalización de un periodo de gobierno.

En un sector bastante centrado en el manejo de recursos, estos son “tramitados” por las unidades ejecutoras, quienes se han convertido en “rectores de hecho” del sistema, en desmedro de la capacidad del sector central y sus similares regionales, de conducir y controlar la marcha a mayor escala.

Se hace pues imperativo, de un lado, asumir la necesidad de una evaluación más concienzuda de este tema tan importante, como el de tener mecanismos actuales para ir retomando la rectoría plena de los entes de gobierno.

Respecto a esto último, se podrían plantear los siguientes mecanismos:

1. La financiación a través del SIS, como brazo financiador del sistema de salud, debe reforzarse, a fin de poder ordenar, sin intermediarios, la marcha del aparato prestador, tanto en el primer nivel como en el conjunto. Esto puede permitir, el mantenimiento de estándares comunes (protocolos, estrategias, etc.) y la capacidad de controlar que todo funcione de acuerdo a las mejores prácticas

2. El incremento del peso de los incentivos manejados centralizadamente, dirigidos tanto a servidores, establecimientos e instancias regionales, provinciales y locales, que hagan que todo el sistema marche en forma armónica

3. Las formas de autonomía, sobre todo el CLAS y sus sustentos en la contratación de bienes, servicios y recursos humanos, como forma de superar la “tiranía” de la norma pública y de quienes ejercen la administración de recursos.

La implementación de la propuesta

La propuesta presentada, tiene requerimientos dirigidos a definir algunos mecanismos y otros elementos específicos mencionados en el diseño y para soportarlos a través de herramientas. Estos deben ser implementados en la fase previa a la puesta en práctica del piloto de acción articulada.

Es en el piloto, donde se prueba la consistencia del diseño y la validez de tales mecanismos y herramientas, a fin de realizar los ajustes que sean necesarios para trasladarlo a un alcance mayor.

ACTIIVIDADES Y REQUISITOS A DESARROLLAR

1. CONDUCCIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO

El objetivo de implantar una propuesta integral como la presentada, requiere la existencia de un pequeño equipo de conducción, que asegure la cohesión, primero, en la ejecución de las actividades previas, destinadas a conseguir los requerimientos que se señalarán en este plan operacional; segundo, en la puesta en práctica inicial de la propuesta, propiamente dicha; finalmente, en la evaluación de lo actuado para establecer si se requieren ajustes adicionales para su perfeccionamiento.

Es muy importante que quienes conformen esta función, estén plenamente comprometidos e identificados con las propuestas más importantes y tengan, a la vez, la capacidad real, el empoderamiento necesario, para desarrollar sus actividades.

La alta dirección vinculada al cambio, debe estar, también, comprometida con el cambio, para defenderlo y mantenerlo. Una gran proporción de proyectos de cambio que fracasan, se originan en que la alta dirección “se asusta” y abandona el respaldo al proceso. Esto no sólo afecta al cambio concreto sino a la noción misma del cambio, como posibilidad, como opción.

El **Manejo del Cambio**, es una acción especial que debe de desarrollarse durante todo el proceso de implementación. Esto, porque en general, el cambio es un factor de estrés organizacional muy importante. Además, pueden existir personas que consideren que estos cambios los afecten en alguna forma.

El manejo del cambio asume un camino general opuesto a lo que la mayor parte de proyectos tienen: comienza con un fin, le sigue una transición para llegar a un nuevo inicio.

Es decir, el cambio se inicia por la finalización del equilibrio que existía hasta ahora, lo que puede ser fuente de una serie de miedos para muchos en la organización. Antes sabían bien qué hacían y qué se esperaba de ellos y ahora, ya no están en un terreno conocido.

Preguntas como, ¿qué haré ahora?, ¿cómo me afectará?, etc. van a rondar por las cabezas de muchos. De otro lado, existen los que realmente pueden perder algunas ventajas que antes detentaban, y estos tendrían motivos para enfrentar el cambio. Finalmente, están los negativos "por naturaleza", los que todo lo ven mal. Una combinación de todos estos, los que temen el cambio y los negativos, con los que pierden con el cambio, puede hacer fracasar todo el proceso, dado que los que pierden van a utilizar cualquier forma para agrandar el miedo del resto. Peor, aún, la línea de tiempo de todo el proceso puede ser más o menos larga, en la cual, inevitablemente, van a suceder eventos negativos, fracasos, errores, etc.

Dentro del manejo del cambio, se debe identificar las ganancias y pérdidas del cambio, los distintos tipos de miedos y los distintos beneficios que pueden suceder y los distintos actores, de acuerdo a lo anterior.

Por supuesto, en todo esto, la comunicación es un tema de suma importancia, debiendo ser esta permanente y basada en "tomar el pulso" en forma permanente a lo que pasa.

Al respecto, es importante, sobre todo al inicio, una comunicación muy intensa que haga ver las limitaciones de los esquemas anteriores y las ganancias, del sistema, de los equipos y de las personas, que pueden ser alcanzados.

2. REGISTRO DE PERSONAS, VIVIENDAS Y COMUNIDADES

Una actividad inicial, que deberán desarrollar los propios establecimientos, con ayuda de ACS, juntas vecinales, municipios, INEI y MIDIS; es generar y completar los registros de personas, y factores de riesgo en sus viviendas y comunidades.

Esto se puede realizar utilizando papel y volcándolo luego a hojas de cálculo que permitan su posterior exportación a los registros del sistema de información. Para esto, se deberá tener definida la estructura final de las tablas de aquel.

Hasta el momento, en los distritos de Soritor y Jepelacio, ya se ha avanzado con lo concerniente a niños menores de un año y gestantes, pero ya está previsto completar al resto de la población. Faltaría agregar la información de factores de riesgo.

3. DESARROLLO DE CAPACIDADES INTERNAS

Estandarización y Ampliación de la participación de los ACS

Los agentes o auxiliares comunitarios de salud deben convertirse en un elemento formal y definido del sistema. La base geográfica es la **Sectorización**, es decir la organización del

territorio de responsabilidad de cada establecimiento de salud en sectores (una o más manzanas, en ámbitos urbanos o, caseríos/comunidades en ámbitos rurales).

Se deberá, entonces seleccionar, con participación de la comunidad, a un ACS (o más si fuera necesario) que reúna ciertas condiciones, tales como: un nivel de instrucción mínimo, interés personal, capacidad para aprender, buena relación con la comunidad. En esto, la comunidad podría ser proponente de candidatos, pero deberá tener también la aceptación del establecimiento.

En el diseño, se ha presentado una relación de actividades que se podrían encomendarles. Habría que definir esto con carácter formal, diferenciando el caso de las zonas dispersas.

Como se dijo, el ACS debe recibir una contraprestación, en dinero y/o en productos (debería participar en esto el gobierno local), que le resulte interesante, pero que esté sujeta a un rendimiento y una producción determinados. No existiría lazo laboral formal y podría ser cambiado si no cumple con las expectativas.

Un aspecto importante, es asegurar que estas personas no traten de obtener beneficios personales de parte de la gente ni utilizar su rol para otros fines, como podrían ser delincuenciales o políticos. En esto pueden cumplir un rol importante las juntas vecinales comunales, que deberían existir en los sectores anteriormente mencionados.

Adecuación de la Oferta de Servicios

Se hace necesario hacer un estudio de las brechas en las capacidades de la oferta en el área de aplicación del piloto a fin de que se nivele con la demanda real de servicios.

Ello implica:

a) Completar el registro de personas en el área de responsabilidad de cada establecimiento

b) Estimar la demanda actual (atendida y no atendida) en términos de:

- Controles de individuos sanos, bajo el enfoque de seguimiento longitudinal;
- Seguimiento de factores de riesgo en los domicilios
- Cambio de hábitos perjudiciales existentes
- Atención recuperativa
- Otras actividades relacionadas, como medicación vigilada, emergencias, etc.

Se debe considerar, tanto aquellas atenciones realizadas dentro de cada establecimiento como las que se realizan en comunidades dispersas, que requieren un tiempo de desplazamiento (claro está, buscando atender varios casos por visita)

c) Compararla con la capacidad actual, agregando la participación de ACS por sectores y caseríos (se requiere una definición de cuántos controles podrían realizar y cuántos harían los profesionales de la salud)

d) De acuerdo a los resultados evaluar efectos de hacer una rotación de los recursos humanos y materiales existentes en la micro red y las necesidades de recursos adicionales.

Quizás se requiera hacer una aproximación sucesiva a la financiación disponible, pero que también sirva de referencia para las entidades financiadoras. En el caso de equipos e infraestructura, podría ser necesario un esfuerzo de inversión adicional para el arranque inicial.

Sería conveniente, elaborar una metodología que guíe, paso a paso, este análisis de adecuación. Ésta, serviría también para el análisis periódico de la oferta de servicios.

Tiempo Estimado: **3** meses

Pre-Requisitos: Ninguno

Capacitación al Personal y ACS

Se desarrollará un plan de capacitación inicial, destinado a explicar el nuevo modelo al colectivo de trabajadores, las nuevas responsabilidades, la rendición de cuentas, etc.

En el caso de los jefes de establecimientos, sería conveniente adicionar un programa especial de desarrollo de capacidades de dirección (trabajo en equipo, liderazgo, motivación, comunicación eficiente, fundamentalmente).

Los ACS deben recibir un programa específico de capacitación, teórico-práctico, en temas como: reconocimiento de signos de alarma, técnicas que utilizarán para controles, primeros auxilios y otras que se considere necesario.

Tiempo Estimado: **3** meses

Pre-Requisitos: Ninguno

Infraestructura Informática y de comunicaciones

Se debe analizar la situación actual y los requerimientos en términos de equipos de cómputo (módems, PC's, Laptop's, tablets y/o teléfonos inteligentes), radios o celulares para donde no existe señal TCP/IP.

Tiempo Estimado: **6** meses (incluyendo adquisición y distribución)

Pre-Requisitos: Ninguno

4. DESARROLLO DE CAPACIDADES EXTERNAS

Se debe desarrollar programas especiales para informar y sensibilizar a los gobiernos locales y a las juntas vecinales comunales (formarlas donde no existan) para que intervengan sobre el tema de salud.

Esto debería ser dado en consonancia con un sistema específico de incentivos para estos órganos de la comunidad, sea de parte del MIDIS como de los gobiernos regionales. Esto debe incluir, un sistema de incentivos sobre el que se hablará más adelante.

Se debe implantar en todos los sectores (grupo de manzanas en el caso de poblaciones urbanas y caseríos/ comunidades en zonas dispersas) los indicadores con los que trabaja el proyecto Municipios y Comunidades Saludables y formas de hacer conocer a cada comunidad, los hogares que son o no saludables, como forma de presión social hacia la responsabilidad en materia de salud.

Tiempo Estimado: **6** meses (Es un trabajo progresivo, basado en reuniones, comunicaciones, talleres)

Pre-Requisitos: Ninguno

5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SOPORTE

Programa GalenHos

Como ya se mencionó, existe el sistema GalenHos que está destinado a soportar todo el proceso de la consulta externa, tanto de tipo recuperativo como de controles a individuos sanos.

En tal sentido, este sistema permite solucionar la redundancia en el ingreso de información, generada por la fragmentación existente en la actualidad.

Habría que coordinar con las áreas correspondientes a las estrategias nacionales para evaluar la posibilidad de incluir información relativa a estas últimas unidades, que actualmente se registran en formatos especiales. Esto tendría que ver con aspectos como:

a) Control de medicación efectiva para tratamientos prolongados, como es el caso de TBC y SIDA

b) Control de contactos, como es el caso de TBC

c) Seguimiento de recomendaciones adicionales para la persona o familia

Debería desarrollarse mecanismos para ingreso de la información obtenida fuera del establecimiento, sea que se tome los datos en campo en algún medio (Tablet por ejemplo) y descarga posterior al sistema; o en forma de lote (batch) a partir de registros en papel.

Módulos o Sistemas Adicionales a Desarrollar

A) Registro de personas (unidad básica individual)

1) Nombres, apellidos
2) Fecha de nacimiento
3) Sexo
4) DNI
5) Nombres y documentos de identidad de los Padres
6) Residencia temporal (S/N) y detalle de esto

Si es niño, registros complementarios:

Datos Adicionales

1) Información de nacimiento
2) Otros eventos significativos (≥0)
3) Escuela
4) Año de estudios

Programa de controles (x n según protocolo)

1) Mes del control (lista de controles generada automáticamente)
2) A ser desarrollado por: A) Personal de establecimiento, B) ACS de la zona de residencia

3) Fecha de ejecución

4) Valores a, b, c,…. (Por ejemplo, peso, talla, …)
5) Responsable

Si es M.E.F., registros complementarios:

Datos Adicionales

1) ¿Activa sexualmente?
2) Conoce métodos de planificación
3) ¿Posibilidad de agresión sexual familiar?
4) ¿Gestante?

Programa de controles (x n según protocolo)

1) Mes del control (lista de controles generada automáticamente)
2) A ser desarrollado por: A) Personal de establecimiento, B) ACS de la zona de residencia
3) Fecha de ejecución
4) Valores a, b, c,….
5) Responsable

Si es Gestante, registros complementarios:

Datos Adicionales

1) Fecha estimada de inicio de gestación
2) Fecha probable de parto
3) Eventos relacionados anteriores (partos previos, abortos, etc.) (≥0)

Programa de controles (x n según protocolo)

1) Mes del control (lista de controles generada automáticamente)
2) A ser desarrollado por: A) Personal de establecimiento, B) ACS de la zona de residencia
3) Fecha de ejecución

4) Valores a, b, c,….
5) Responsable

Si es Adulto, registros complementarios:

Datos Adicionales

1) Ocupación
2) Grado y detalles de instrucción/formación (≥0)
3) Cónyuge/conviviente

Programa de controles (x n según protocolo)

1) Mes del control (lista de controles generada automáticamente)
2) A ser desarrollado por: A) Personal de establecimiento, B) ACS de la zona de residencia
3) Fecha de ejecución
4) Valores a, b, c,….
5) Responsable

Si es Adulto mayor, registros complementarios:

Datos Adicionales

1) Ocupación
2) Problemas de salud anteriores (≥0)

Programa de controles (x n según protocolo)

1) Mes del control (lista de controles generada automáticamente)
2) A ser desarrollado por: A) Personal de establecimiento, B) ACS de la zona de residencia
3) Fecha de ejecución
4) Valores a, b, c,….
5) Responsable

Métodos o Procedimientos:

1) Búsqueda (por nombre, DNI, dirección, fecha atención)

2) Alta (debe permitirse masiva, por vivienda, por familia, individual en la consulta, etc.)

3) Edición de datos (correcciones, cambio de domicilio)

4) Ingreso a grupo especial (gestación, adulto, etc. sistema debería hacerlo automático en donde sea posible)

5) Baja (fallecimiento, migración definitiva)

6) Ingreso de resultados de los controles

7) Identificar retraso de controles (automático, cuando pase un periodo determinado)

8) (por el sistema de atención, registro de atenciones/enfermedades, etc.)

Un tema importante es la compatibilidad de los datos ya registrados por el sistema de admisión, con los que se logren por "barrido" en las comunidades,

B) Registro de viviendas (unidad básica familiar)

1) Código/ Ubigeo

2) Dirección/ubicación (deseable que se establezca dirección o nro.)

3) Tipo vivienda (mat. noble, etc)

4) Fuente de agua (opciones*)

5) Forma de disposición de excretas (opciones*)

6) Forma de disposición de basura (opciones*)

7) ¿Ubicación peligrosa? (opciones, incluido*)

8) Colecho (dormitorio compartido con otros de la familia, además de pareja)

9) "Ni-Ni's" (jóvenes que ni estudian ni trabajan)

10) Violencia interna familiar

11) Otras Prácticas no saludables identificadas

(*) Cuando aplique, considerar rubro “otros” y detalle

En los ítems de 4 a 11, debe abrirse un registro adicional que registre, para los casos de aspectos no saludables, las acciones, inspecciones/incidencias/recomendaciones y otros elementos pertinentes, que se mantenga hasta la utilización de una alternativa segura, y la programación de inspecciones o controles.

Métodos o Procedimientos:

1) Búsqueda (por nombre, DNI, dirección)
2) Alta
3) Edición de datos (correcciones, mudanza)
4) Baja
6) Programación de controles
7) Ingreso de resultados de los controles
8) Identificar retraso de controles (automático, cuando pase un periodo determinado)
9) Emisión de reportes: listados de viviendas no seguras por sector (manzanas, barrio o comunidad), cuadros numéricos por sector (similar a MCS)

Debería ser posible registrar un factor de riesgo determinado, a partir de la entrevista en la consulta externa.

C) Registro de comunidades (unidad básica comunal)

1) Código/ Ubigeo
2) Descripción general
3) Hitos geográficos
4) Factor de riesgo 1 – sector(es) que deben solucionarlo / acciones requeridas
5) Factor de riesgo 2– sector(es) que deben solucionarlo / acciones requeridas
6) ….

7) Factor de riesgo n– sector(es) que deben solucionarlo / acciones requeridas

En los ítems de 4 al final, debe abrirse un registro adicional que registre las inspecciones/incidencias/acciones realizadas/recomendaciones y otros comentarios pertinentes, al igual que la fecha de una nueva visita; que se mantenga hasta su solución.

Estos factores de riesgo incluirán:

- Personas con enfermedades transmisibles bajo control especial
- Fuentes de agua de la comunidad
- Entidades externas contaminantes
- Usos o costumbres peligrosas
- Centros de trabajo
- Otras actividades productivas
- Manipuladores de alimentos
- Pandillas
- Prostitución
- Drogadicción

Métodos o Procedimientos:

1) Búsqueda (por nombre, ubigeo)
2) Alta
3) Edición de datos (correcciones)
4) Baja (migración)
6) Programación de controles
7) Ingreso de resultados de los controles
8) Identificar retraso de controles (automático, cuando pase un periodo determinado)

Debería ser posible registrar un factor de riesgo determinado, a partir de la entrevista en la consulta externa.

D) Módulo de Planeamiento operativo

Mediante el planeamiento operativo se materializa el varias veces mencionado “Menú de Trabajo” de los establecimientos, es decir, lo que deberá de ser cumplido en un periodo dado.

1. Planeamiento de controles de individuos sanos

A partir de los registros “Programa de Controles” para los distintos grupos etarios mencionados, generar la programación mensual de controles, por sector, comunidad, por responsables (personal de salud y ACS). A partir de tablas de requerimientos, calcular los insumos necesarios para los controles del mes.

Se debe incluir la planeación de servicios adicionales (ecografías, RX y análisis de laboratorio) que van a ser realizados en puntos de referencia, para que estos lo tengan dentro de su programación.

2. Planeamiento de controles e intervenciones de viviendas y comunidades

A partir del registro de viviendas y comunidades, listar las viviendas y factores de riesgo que serán visitadas, al igual que otras actividades que serán realizadas como parte de su control, en el mes, por sector, comunidad y responsable.

En algunos casos, este es el caso de la promoción de prácticas saludables, las actividades deben se desarrollarse como todo un programa de acción, que incluya sea actividades para individuos o familias específicas, como para actividades colectivas (por ejemplo, un rol de charlas), buscando siempre una buena relación costo – beneficio.

3. Planeamiento de atenciones recuperativas

De acuerdo a la estadística del período anterior, programar la demanda estimada (posibilidad de ponerle parámetros de corrección por aspectos como tendencias crecientes o decrecientes, migraciones o estacionalidad). Programar los requerimientos de: medicamentos, insumos, análisis de laboratorio, radiografías y ecografías, de acuerdo a parámetros de los protocolos, tanto los que se realizarán in situ o derivándolo a otro punto de atención de la red.

4. Planeamiento de otras actividades

Soporte al registro de actividades adicionales, como campañas especiales, reuniones, capacitaciones, etc. y cálculo de sus requerimientos.

E) Módulo de Manejo de Inventarios

Este sería un sistema relativamente simple de tener (existen en el mercado muchas versiones) y que permita registrar y manejar ingresos y salidas (se podría vincular a módulo de farmacia, laboratorio, etc.), avisos de reposición de stocks y vencimientos.

F) Tablero de Mando

Debe poderse registrar las variables e indicadores que se seleccionen, tanto para el caso de las gerencias operativas, como para los niveles provincial, regional y nacional.

Como se dijo, estos deben ser obtenidos en forma automática y que “enciendan” luces verdes (dentro de valores aceptables), amarillas (deficientes incipientes o de poca magnitud) y rojas (deficientes de mayor importancia y/o peligrosidad)

Sobre esto se hablará con mayor detalle en el acápite siguiente.

G) Sistema de Auditoría

Este sistema no es de operación en los establecimientos, sino en la entidad que va a ejercer esta función de control. Incluso, podría haber una entidad primaria y otra (por ejemplo el financiador) que realice otra a menor escala, de preferencia en los casos y variables que el otro realizó, que sirva como “control de los controladores”.

Este sistema, debe ser una especie de “ruleta” que señale los controles a realizar, de acuerdo a ciertos parámetros. Incluso, podría aumentar la frecuencia si antes existieron intentos de falsear información o para variables consideradas críticas.

Los aspectos a inspeccionar y la dinámica de trabajo, serán detallados, también, en el acápite siguiente.

Tiempo Estimado: **6**- 8 meses (Para los sistemas presentados, incluyendo análisis y diseño detallado de los sistemas)

Pre-Requisitos: Ninguno

DESARROLLO DE MECANISMOS COMPLEMENTARIOS

6. RENDICIÓN DE CUENTAS

Como se dijo, la rendición de cuentas significa, en términos resumidos, la emisión de información acerca del desempeño, pero con carácter de declaración formulada por los propios establecimientos. En general, podría ser generado por el propio sistema de información. Es decir, no seguiría la mecánica actual donde la preparación de formatos, es parte del "menú de trabajo", del trabajo a realizar periódicamente.

Principales variables/indicadores

- Individuos controlados/individuos totales según grupo etario (seguimiento completo)
- Individuos controlados/individuos totales según grupo etario (seguimiento incompleto)
- Individuos (excepto niños) que conocen y aplican prácticas saludables por tipo de práctica, según grupo etario (en el caso de la madre, para sí misma y sus niños)
- Viviendas controladas
- Viviendas parcialmente controladas, por tipo de factores de riesgo
- Comunidades controladas
- Comunidades parcialmente controladas, por tipo de factores de riesgo
- Tiempo promedio de espera en la atención en establecimiento (desde admisión hasta ingreso a consultorio – ingreso de datos del paciente-)
- Porcentaje de percepción del usuario positiva, según variables preguntadas. Implica generar al azar un grupo de personas que den su opinión luego de la consulta, en forma privada, evitando "contaminación" por personal ES
- Pacientes atendidos por tipo de problema de salud, en el ES y afuera
- Pacientes controlados en que se encontró problemas, por grupo y tipo de problema
- Pacientes referidos adecuadamente a otro punto de atención en la red (incluiría opinión cruzada de EESS receptor y referente)

Estas variables/indicadores estarían incluidos en el Tablero de Mando, definiendo los valores de umbral para “luz roja” y “luz amarilla”

Tiempo Estimado: **1** mes (definición final de indicadores)

Pre-Requisitos: Ninguno

7. MECANISMO DE AUDITORÍA

El primer objetivo de este mecanismo, es la verificación de la veracidad de la información presentada en el numeral anterior. Es decir, debe verificar al azar un número de casos con significancia estadística.

El segundo, verificar otros aspectos que requieren de visualizarse directamente, entre ellos:

- Calidad de los controles realizados
- Calidad de las atenciones recuperativas prestadas
- Asimilación de prácticas saludables (habría que definir las formas de comprobación, aunque algunas son complicadas)
- Cumplimiento de horarios de apertura y cierre
- Personal requerido presente
- Equipos en estado operativo
- Orden y limpieza de los ambientes
- Presentación adecuada del personal
- Insumos almacenados correctamente
- Stocks de ciertos productos
- Encuestas de opinión a personas de la comunidad o reuniones tipo “focus group”

La auditoría, debe convertirse en un mecanismo permanente que realice inspecciones aleatorias e inopinadas. No requiere hacerse para verificar muchas variables, sino puede realizar verificaciones puntuales, por ejemplo, para contrastar si existe orden y limpieza.

Debe incluir intervenciones con personal identificado así como otras en las que esto no suceda, como seudo-usuarios u observantes anónimos. La opinión de los usuarios es muy

importante, al igual que las inspecciones realizadas, no en el establecimiento, sino en el domicilio de los usuarios.

Quizás al principio, sea necesario incrementar su frecuencia, debido a que estamos hablando de una modificación sustantiva en el modo de operar, por lo que se hace necesario reforzar el cambio de actitudes.

Tiempo Estimado: 1- 2 meses (incluiría definir los equipos que la ejecuten)

Pre-Requisitos: Ninguno

8. SISTEMA DE INCENTIVOS

Los incentivos deben de producir el alineamiento del sistema en su conjunto, en una orientación armónica hacia la defensa de la salud. Por ello, deben considerar a todos los actores:

a) El propio MINSA, sobre todo aunque no únicamente, sus órganos vinculados directamente al trabajo de salud

b) Los gobiernos regionales y sus direcciones regionales de salud

c) Las entidades provinciales (municipios y cabezas de red provinciales)

d) Los gobiernos locales

e) Las juntas de vigilancia comunal

f) Las micro redes y establecimientos de salud

g) El personal de salud

Como ya se dijo, hay dos incentivos que deben ser introducidos en el corazón mismo del sistema: la definición clara del alcance del trabajo (en términos de población, territorio y factores de riesgo concretos) y, vinculada a lo anterior, la financiación capitada. Estos, por sí mismos, representan un importante incentivo.

Para ello, el pago de la financiación debe ir orientado a los mismos efectores de salud y darse en tanto se cumpla con las responsabilidades establecidas para otorgar dicho pago. Es decir, se pagará por los beneficiarios del SIS que estén recibiendo en forma efectiva los servicios considerados en el plan de servicios, sobre todo en el caso de los controles a individuos sanos y en la verificación aleatoria de atenciones recuperativas.

Además de lo anterior, deben existir incentivos especiales que refuercen y movilicen para el cumplimiento de la labor del primer nivel de salud.

Los incentivos deben incluir un componente económico, que para los ítems de (a) hasta (f) de la lista anterior, debería estar estructurado a la manera de los incentivos municipales. Sólo que, a diferencia de éste, fundamentalmente estructurado en una forma estable y definida en el tiempo.

Esto tiene que ser considerado en la formulación del presupuesto anual del estado, considerando qué órganos se encargan de cada caso. Parte del incentivo sería sufragado por el MINSA, parte por el MIDIS y parte por los presupuestos de los gobiernos regionales. Deben, así mismo, representar un valor que sea "interesante" para quienes lo reciban.

Un incentivo que podría ser interesante, sería la posibilidad de disponer, siempre que se cumpla con entregar un pago capitado racionalmente calculado, que los establecimientos puedan disponer de los sobrantes de dinero alcanzados en un período, tanto para formar un fondo de contingencia, realizar algún mejoramiento del ES y entregar, como un porcentaje de los ingresos de cada trabajador, como premio a su eficiencia

En el caso del personal, se daría en la forma de bonos o premios por desempeño.

Debería tener dos variantes:

- Por cumplir los requisitos mínimos pre-definidos, y
- Por obtener un desempeño de excelencia, para los n primeros lugares, en cada nivel o estrato.

Además del componente específicamente económico, podrían introducirse formas adicionales, como:

- Premios nacionales y regionales para gobiernos regionales, locales y juntas vecinales, como distinciones importantes, que además de posibles premios, incluyan la difusión resaltada del hecho (en Brasil, por ejemplo, distinciones como "Ciudad con Mayor Calidad de Vida" que incluye más conceptos además de la salud, es un importante distinción, que se expresa directamente en la forma de incrementos del flujo de turismo, aportes adicionales, etc.), presencia de autoridades de alto nivel, presencia en la prensa, etc.
- Distinciones similares para los servidores que muestren excelencia
- Becas de estudio de perfeccionamiento, incluso en el extranjero
- Pasantías en centros de trabajo con alta reputación

En el caso de las entidades de nivel superior, MINSA y direcciones regionales de salud, los incentivos financieros para las entidades y para su personal, deben migrar de los logros en torno a individuos, hacia los resultados en torno a estadísticas sanitarias, tales como:

- Niveles de cobertura
- Reducción de determinadas tasas de incidencia de enfermedades y otros daños propios de cada zona
- Satisfacción de los usuarios

Tiempo Estimado: 2-3 meses

Pre-Requisitos: Ninguno

9. PAGO CAPITADO

Para efectivizar el pago capitado se requiere realizar dos procesos básicos:

a) Cálculo de las tarifas per cápita

Que incluye, el cálculo de costos por la atención de primer nivel, atendiendo a los protocolos de controles y a las probabilidades de enfermedad, para cada grupo etario, y las correcciones por temas como región, zona urbana o rural, accesibilidad, cargas atípicas de problemas de salud, etc.

Se podría revisar la experiencia del SICI. Aparentemente, existen las herramientas de cálculo de costos desarrolladas en dicho proyecto.

b) Definición de la operatividad del pago

Circuitos de pago, pago previo o posterior, recortes por individuos no controlados (podría hacerse un esquema de ajuste gradual hasta llegar, en un plazo determinado, a pagar sólo por beneficiarios efectivamente atendidos)

Tiempo Estimado: 4- 5 meses

Pre-Requisitos: Ninguno

10. CONVENIO MARCO

De acuerdo a la Ley de Contrataciones del estado[49], los convenios marco pueden ser iniciados de oficio, por la OSCE, o a pedido de una entidad (art. 98º). Correspondería entonces, al Ministerio de Salud el promover el desarrollo del proceso correspondiente, para el caso de medicamentos, equipos e insumos médicos, ambulancias e, incluso, procedimientos médicos.

En el caso de Chile, están incluidos convenios marco sobre: Servicios de salud GES[50], diálisis, radioterapia, tratamiento de cataratas; lentes, audífonos e implantes cocleares; además de medicamentos.

Una vez terminado el proceso, el catálogo se incluye en el SEACE y es de uso obligatorio. Sólo habría que informar al sistema de esto y capacitar en el uso de los catálogos electrónicos. A partir del uso del catálogo, el resto de la adquisición es de responsabilidad de la entidad (pedido, recepción, pago, etc.).

Tiempo Estimado: 6- 8 meses

Pre-Requisitos: Ninguno

11. SISTEMA UNIFICADO DE EXÁMENES

Existiría la necesidad de definir, en detalle, la operatividad de este sistema, fundamentalmente, periodicidad, infraestructura a utilizar, entidades que participarían en la preparación de las pruebas, que deberían ser de la mayor solvencia técnica y ética disponible.

La seguridad para no se corrompa es un tema importante. Ahora, con el desarrollo tecnológico, esto se facilita enormemente. Se podría, en el caso de las pruebas, preparar múltiples versiones centralmente, a ser asignadas al azar y ser transmitidas, minutos antes de la prueba, y ésta realizarse, incluso, totalmente en computadoras o, en su defecto, impresa minutos antes. Esta seguridad debería incluir a los resultados, sea como

[49] LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO (aprobado mediante D.L. n° 1017), 1º de febrero 2009

[50] GES= Garantías Explícitas en Salud, Incluye 69 patologías de mayor complejidad, cuyo acceso es garantizado para la población, entre ellas Cardiopatías, cáncer en varias formas, diabetes, etc.

certificados no falsificables y/o como información a ser obtenida o comprobada con facilidad en línea, por las entidades contratantes para obtener referencias de los candidatos a un puesto de trabajo.

Tiempo Estimado: 2- 3 meses

Pre-Requisitos: Ninguno

12. DESARROLLO DE LOS CLAS

El régimen CLAS está completamente definido en la ley correspondiente. Es más, como ya se dijo, existe en la actualidad una violación real a esta ley que sigue vigente, lo cual podría ser motivo de denuncia, tanto del ministerio como de las direcciones regionales.

Lo que debería hacerse, sería una adecuación del reglamento de esta ley, a fin de evitar cualquier forma de conflicto con la comunidad, falta de cumplimiento de las disposiciones normativas que emita la autoridad de salud y cualquier otro problema. Como se mencionó, una modificación necesaria, sería posibilitar los pagos, sobre todo de parte del SIS, dirigidos directamente a los establecimientos CLAS.

También, evidentemente, el movilizar a nivel nacional, tanto a las entidades sectoriales de dirección como a los establecimientos, para que se constituyan los CLAS, tanto a nivel de uno como de varios EESS por CLAS.

La compatibilidad con los trabajadores nombrados, puede obtenerse a través de dos desarrollos:

- Los ajustes necesarios (y anunciados) al régimen de trabajo estable, que debe incorporar, necesariamente, exigencia a un nivel mínimo necesario de cumplimiento de los deberes propios d cualquier trabajador, incluyendo el trabajar por la ejecución de los planes de salud local (PSL).
- El trabajar, vía incentivos, tanto lo anterior, como el desarrollo del régimen laboral de actividad privada, a partir de que los servidores encuentren más ventajoso esto. Es decir, dejar como posibilidad abierta, el cambio de régimen, a propia solicitud.

Tiempo Estimado: 6 meses (incluye la modificación del reglamento)

Pre-Requisitos: Ninguno

13. ADECUACIÓN DE LAS ENTIDADES DE GOBIERNO SECTORIAL

Aunque no es un requisito para que la presente propuesta sea implementada, esto es una oportunidad para que el sector, en su nivel de dirección, se transforme, pasando de privilegiar funciones totalmente secundarias a la defensa de la salud, como es el caso del manejo de recursos -incluida la información- o la solución de "incendios" por estar en los detalles, hacia entidades que tengan las siguientes orientaciones principales:

A) Manejar (a nivel global, "de bosque") el sistema de salud en su conjunto y en cada región o provincia

B) Desarrollar estrategias y políticas que permitan solucionar los problemas de salud, mejorar la cohesión y armonía de los organismos, funcionarios y trabajadores y adaptarse a lo que viene en el futuro

C) Definición y actualización de los protocolos de atención y otros estándares requeridos para asegurar los lineamientos de los distintos servicios de salud

D) Estimular la creación, difusión e incorporación de conocimiento en temas correspondientes al sector

E) Controlar la marcha del aparato de salud, salvaguardando su calidad y eficacia

F) Interactuar con el resto de la sociedad, tanto con otros sectores del estado, como con sectores sociales, poblaciones, comunidades, etc. para articular acciones

G) Ejercer la rectoría en materia de salud, por encima de individuos, empresas, colectividades, sectores

Como puede verse a lo largo de la propuesta, los sistemas de provisión de recursos, el fortalecimiento de los CLAS y otros aspectos, posibilitan que "se desinfle" la absurda primacía de las actividades de "apoyo", varias veces mayor a las de línea, que son el verdadero significado del porqué de la existencia del MINSA y los órganos equivalentes a nivel regional.

EVALUACIÓN Y LÍNEA DE BASE

La evaluación y seguimiento de la efectiva implantación de los cambios propuestos se podrá hacer a través de los indicadores presentados en el acápite correspondiente a **Rendición de Cuentas**, por supuesto centradas fundamentalmente en lo que respecta, en el caso de controles a individuos vivos, a las gestantes, niños menores de 3 años y mujeres en edad fértil; así como a los factores de riesgo en la vivienda y en la comunidad pertinentes.

Una particularidad, implícita, más no mencionada en los protocolos asociados a los controles de niños, sería la provisión de suplementos alimenticios en los casos en que se encuentre problemas de carácter nutricional. Por ello, esto debería estar explícitamente

incluido como un indicador de seguimiento (niños con suplemento vs. niños con deficiencias nutricionales o de crecimiento y desarrollo).

Para el seguimiento de resultados, se podría contratar a INEI para que haga una encuesta de apertura, sobre incidencia de desnutrición infantil, incorporando los indicadores (o un subconjunto representativo para agilizar el proceso de medición) ya mencionados en Rendición de cuentas; en las áreas del piloto (Soritor y Jepelacio), así como una serie de encuestas anuales, durante el horizonte de evaluación.

Anexos

ANEXO I: ESTUDIO DE PROCESOS EN 32 ESTABLECIMIENTOS DE SAN JUAN DE LURIGANCHO

ANEXO 1 A: MATRIZ DEL PROCESO ACTUAL

PROCESO: ATENCION AMBULATORIA

N°	PASO	TIPO PERSONAL	MIN.	FACTOR	MIN. AJUS	○	⇨	D	▭	▽	R
1	RECEPCION DEL PACIENTE POR ANFITRIONA	TA	0.5	1	0.5	x					
2	ENCARGADO DE ADMISION-TRIAJE ATIENDE A USUARIO PIDIENDO NRO. DE HISTORIA	TA	1	1	1	x					
3	SI ES NUEVO APERTURA HISTORIA CLINICA	TA	3	0.2	0.6	x					
4	SI ES CONTINUADOR Y NO CONOCE NUMERO ENCARGADO BUSCA EN KARDEX	TA	5	0.3	1.5			x			
5	SE DESPLAZA A ARCHIVO DE H.C.	TA	1	0.8	0.8		x				
6	BUSCA H.C.	TA	3	0.8	2			x			
7	REGRESA A ADMISION	TA	1	0.8	0.8		x				
8	REGISTRA H.C.EN LIBRO CONTROL DE H.C.	TA	1	1	1				x		
9	ENCARGADO REALIZA ELTRIAJE	TA	3	1	3	x					
10	ENCARGADO SE DESPLAZA PARA TRASLADAR H.C. A CONSULTORIO	TA	1	1	1		x				
11	ESPERA QUE MEDICO LE ATIENDA	TA	5	1	5			x			
12	ENTREGA H..C. A MEDICO	TA	0.5	1	0.5		x				
13	CAJA COBRA TICKET A USUARIO	TA	2	1	2	x					
14	MEDICO ATIENDE A PACIENTE	ME	15	1	15	x					
15	USUARIO ES ATENDIDO EN FARMACIA PARA EMISION DE BOLETA	TA	2	1	2			x			
16	USUARIO PAGA RECETA EN CAJA	TA	2	1	2						x
17	FARMACIA ENTREGA MEDICAMENTOS A USUARIO	TA	2	1	2	x					
18	FARMACIA BRINDA INFORMACION AL USUARIO	TA	2	1	2	x					
19	SI REQUIERE EXAMENES PACIENTE PAGA EN CAJA ANALISIS DE LABORATORIO	TA	2	0.3	0.6						x
20	LABORATORIO TOMA MUESTRA AL USUARIO	OP	2	0.3	0.6	x					
21	LABORATORIO REGISTRA PRUEBA A REALIZAR	OP	1	0.3	0.3						x
22	LABORATORIO PROCESA MUESTRA	OP	9	0.3	2.7	x					
23	REGISTRA RESULTADOS	OP	2	0.3	0.6	x					
24	ENTREGA RESULTADOS A USUARIO	OP	1	0.3	0.3	x					
25	CAJA COBRA TICKET A USUARIO CITADO	TA	2	0.3	0.6						x
26	MEDICO ATIENDE A USUARIO	ME	10	0.3	3	x					
27	USUARIO ES ATENDIDO EN FARMACIA PARA EMISION DE BOLETA	TA	2	0.3	0.6						x
28	USUARIO ES ATENDIDO EN CAJA	TA	2	0.3	0.6						x
29	FARMACIA ENTREGA MEDICAMENTOS A USUARIO	TA	2	0.3	0.6	x					
30	FARMACIA BRINDA INFORMACION AL USUARIO	TA	2	0.3	0.6	x					
31	MEDICO REGISTRA ATENCION EN HIS	ME	1	1	1						x
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											

DATOS ADICIONALES			
COSTOS SEGÚN CATEGORIA DE PERSONAL		CODIGO	COSTO / HORA
COSTO HORA MEDICO (SOBRE 156 HORAS/ MES)		ME	12.04
COSTO HORA OTRO PROFESIONAL DE SALUD (SOBRE 156 HORAS/ MES)		OP	5.49
COSTO HORA PROFESIONAL ADMINISTRATIVO (SOBRE 156 HORAS/ MES)		PA	5.41
COSTO HORA TECNICO ENFERMERIA (SOBRE 156 HORAS/ MES)		TE	3.66
COSTO HORA TECNICO ADMINISTRATIVO (SOBRE 156 HORAS/ MES)		TA	3.66
OTROS COSTOS INCURRIDOS POR PROCESO	CANT.	C.UNIT.	TOTAL
			0.00
			0.00
			0.00
OTROS DATOS DEL PROCESO			TOTAL
CANTIDAD DE PROCESOS POR MES (25 PACIENTES X 25 DIAS X 6 MEDICOS)			2030
NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS CONSIDERADOS			32

ANEXO 1 B: MATRIZ DEL PROCESO PROPUESTO

PROCESO: ATENCION AMBULATORIA

N°	PASO	TIPO PERSONAL	MIN.	FACTOR	MIN. AJUS	⬭	⇨	D	▭	▽	R
1	RECEPCION DEL PACIENTE POR ANFITRIONA	TA	0.5	1	0.5	x					
2	ENCARGADO DE ADMISION ATIENDE A USUARIO PIDIENDO NRO. DE HISTORIA Y REGISTRANDO EN EL SISTEMA	TA	1	1	1	x					
3	MEDICO ATIENDE A PACIENTE (INCLUYENDO TRIAJE Y REGISTRANDO RECETA Y EXAMENES AUXILIARES)	ME	15	1	15	x					
4	USUARIO PAGA CONSULTA Y OTROS GASTOS EN CAJA (FARMACIA Y EXAMENES AUXILIARES)	TA	2	1	2	x					
5	FARMACIA ENTREGA MEDICAMENTOS A USUARIO	TA	2	1	2	x					
6	FARMACIA BRINDA INFORMACION AL USUARIO	TA	2	1	2	x					
7	SI REQUIERE EXAMENES LABORATORIO TOMA MUESTRA AL USUARIO	OP	2	0.3	0.6	x					
8	LABORATORIO PROCESA MUESTRA	OP	9	0.3	2.7	x					
9	REGISTRA RESULTADOS EN EL SISTEMA	OP	1	0.3	0.3	x					
10	MEDICO ATIENDE A USUARIO EN LA HORA CITADA EL DIA ANTERIOR	ME	10	0.3	3	x					
11	USUARIO PAGA GASTOS DE FARMACIA EN CAJA	TA	2	0.3	0.6	x					
12	FARMACIA ENTREGA MEDICAMENTOS A USUARIO	TA	2	0.3	0.6	x					
13	FARMACIA BRINDA INFORMACION AL USUARIO	TA	2	0.3	0.6	x					
14				1	0						
15				1	0						
16				1	0						
17				1	0						
18				1	0						
19				1	0						
20				1	0						
21				1	0						
22				1	0						
23				1	0						
24				1	0						
25				1	0						
26				1	0						
27				1	0						
28				1	0						
29				1	0						
30				1	0						
31				1	0						
32				1	0						
33				1	0						
34				1	0						
35				1	0						
36				1	0						
37				1	0						
38				1	0						
39				1	0						
40				1	0						

DATOS ADICIONALES			
COSTOS SEGÚN CATEGORIA DE PERSONAL		**CODIGO**	**COSTO / HORA**
COSTO HORA MEDICO (SOBRE 156 HORAS/ MES)		ME	12.04
COSTO HORA OTRO PROFESIONAL DE SALUD (SOBRE 156 HORAS/ MES)		OP	5.49
COSTO HORA PROFESIONAL ADMINISTRATIVO (SOBRE 156 HORAS/ MES)		PA	5.41
COSTO HORA TECNICO ENFERMERIA (SOBRE 156 HORAS/ MES)		TE	3.66
COSTO HORA TECNICO ADMINISTRATIVO (SOBRE 156 HORAS/ MES)		TA	3.66
OTROS COSTOS INCURRIDOS POR PROCESO	**CANT.**	**C.UNIT.**	**TOTAL**
			0.00
			0.00
			0.00
OTROS DATOS DEL PROCESO			**TOTAL**
CANTIDAD DE PROCESOS POR MES			2030
NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS CONSIDERADOS			32

ANEXO 1C: SUMARIO DE COSTOS Y AHORRO : PROCESOS ACTUAL Y PROPUESTO

PROCESO: ATENCION AMBULATORIA

PASO	PROCESO ACTUAL			PROCESO PROPUESTO			AHORRO			
	PASOS	HORAS	COSTO	PASOS	HORAS	COSTO	HORAS	%	DINERO	%
OPERACIÓN	15	37,352.00	308,319.65	13	33,454.40	291,676.90	3,897.60	10.4%	16,642.75	5.4%
TRANSPORTE	4	3,356.27	12,283.94	0	0.00	0.00	3,356.27	100.0%	12,283.94	100.0%
DEMORA	4	11,801.07	43,191.90	0	0.00	0.00	11,801.07	100.0%	43,191.90	100.0%
INSPECCION	1	1,082.67	3,962.56	0	0.00	0.00	1,082.67	100.0%	3,962.56	100.0%
ALMACENAJE	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.0%	0.00	0.0%
RETRABAJO	7	6,171.20	32,252.64	0	0.00	0.00	6,171.20	100.0%	32,252.64	100.0%
SUB TOTAL TRABAJO	15	37,352.00	308,319.65	13	33,454.40	291,676.90	3,897.60	10.4%	16,642.75	5.4%
SUBTOTAL DESPERDICIO	16	22,411.20	91,691.04	0.00	0.00	0.00	22,411.20	100.0%	91,691.04	100.0%
TOTAL COMPONENTE PERSONAL	31	59,763.20	400,010.69	13	33,454.40	291,676.90	26,308.80	44.0%	108,333.79	27.1%
EFICIENCIA DEL PROCESO (TRABAJO/ TOTAL DEL PROCESO)	48.39%	62.50%	77.08%	100.00%	100.00%	100.00%	37.50%		22.92%	
OTROS COSTOS MEDIBLES MENSUALES POR RED			0.00			0.00			0.00	0.0%
TOTAL MENSUAL	31	59,763.20	400,010.69	13	33,454.40	291,676.90	26,308.80	44.0%	108,333.79	27.1%
TOTAL ANUAL		717,158.40	4,800,128.26		401,452.80	3,500,122.75	315,705.60	44.0%	1,300,005.50	27.1%
DESPERDICIO TOTAL ANUAL		268,934.40	1,100,292.48		0.00	0.00	268,934.40	100.0%	1,100,292.48	100.0%
			3,699,835.78			3,500,122.75				

NOTA: = NO APLICA

CUADRO RESUMEN DE COSTOS ANUALES DE TRABAJO Y DESPERDICIO EN 32 ESTABLECIMIENTOS DE SAN JUAN DE LURIGANCHO

CATEGORIA	TIPO	PROCESOS	COSTOS (S/.) PROCESOS ACTUALES (1)				EFICIENCIA	COSTOS PROCESOS PROPUESTO				EFICIENCIA	AHORRO
			TRABAJO	DESPERDICIO	TOTAL	% DEL GASTO TOTAL		TRABAJO	DESPERDICIO	TOTAL	% DEL GASTO TOTAL		
PRESTACION	Salud Individual	Atención ambulatoria	3,699,835.78	1,100,292.48	4,800,128.26	40.47	77.08	3,500,122.75	0.00	3,500,122.75	50.27	100.00	1,300,005.50
		Atención de Programas	1,752,115.20	748,631.04	2,500,746.24	21.08	70.06	1,499,253.12	0.00	1,499,253.12	21.53	100.00	1,001,493.12
		Atención Usuarios del SEG	1,597,045.23	1,159,853.08	2,756,898.31	23.24	57.93	1,548,674.67	0.00	1,548,674.67	22.24	100.00	1,208,223.64
		Atención de emergencias	184,631.83	38,926.08	223,557.91	1.88	82.59	160,608.24	11,557.44	172,165.68	2.47	93.29	51,392.23
		Campañas de Salud Integral	25,988.41	5,795.67	31,784.09	0.27	81.77	25,361.23	3,954.99	29,316.22	0.42	86.51	2,467.87
		Sub Total Salud Individual	**7,259,616.45**	**3,053,498.35**	**10,313,114.80**	**86.94**	**70.39**	**6,734,020.01**	**15,512.43**	**6,749,532.44**	**96.94**	**99.77**	**3,563,582.36**
	Salud Colectiva	Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes	14,023.55	8,681.51	22,705.06	0.19	61.76	14,230.08	0.00	14,230.08	0.20	100.00	8,474.98
		Vigilancia de Factores de Riesgo	51,345.41	36,363.57	87,708.98	0.74	58.54	52,469.76	14,991.36	67,461.12	0.97	77.78	20,247.86
		Sub Total Salud Colectiva	**65,368.95**	**45,045.08**	**110,414.04**	**0.93**	**59.20**	**66,699.84**	**14,991.36**	**81,691.20**	**1.17**	**81.65**	**28,722.84**
		TOTAL PROCESOS DE PRESTACION	**7,324,985.40**	**3,098,543.43**	**10,423,528.83**	**87.87**	**70.27**	**6,800,719.85**	**30,503.79**	**6,831,223.64**	**98.11**	**99.55**	**3,592,305.19**
SOPORTE	PERSONAL	Contratación de personal de servicios no personales	16,581.12	3,457.48	20,038.60	0.17	82.75	12,426.62	1,179.17	13,605.79	0.20	91.33	6,432.81
		Registro de asistencia y permanencia	0.00	31,234.66	31,234.66	0.26	0.00	0.00	1,873.92	1,873.92	0.03	0.00	29,360.74
		Sub Total Personal	**16,581.12**	**34,692.13**	**51,273.25**	**0.43**	**32.34**	**12,426.62**	**3,053.09**	**15,479.71**	**0.22**	**80.28**	**35,793.54**
	LOGISTICA	Adqusiciones por Caja Chica	1,721.66	8,149.59	9,871.26	0.08	17.44						
		Requerimiento de Medicamentos PACFARM	6,324.48	14,708.85	21,033.33	0.18	30.07						
		Requerimiento de Insumos de Programas	6,792.96	11,160.88	17,953.84	0.15	37.84						
		Requerimiento de Insumos SEG	1,100.93	5,448.52	6,549.45	0.06	16.81						
		Requerimiento de Bienes	2,810.88	22,125.81	24,936.69	0.21	11.27	12,316.03	2,009.47	14,325.50	0.21	85.97	66,019.07
		Mantenimiento por Caja Chica	772.99	9,491.60	10,264.59	0.09	7.53						
		Mantenimiento Regular	175.68	8,427.74	8,603.42	0.07	2.04	609.02	1,155.74	1,764.77	0.03	34.51	17,103.24
		Sub Total Logística	**19,699.58**	**79,513.00**	**99,212.58**	**0.84**	**19.86**	**12,925.06**	**3,165.22**	**16,090.27**	**0.23**	**80.33**	**83,122.31**
	FINANZAS	Caja Chica	2,810.88	21,662.69	24,473.57	0.21	11.49						
		Recaudación de RDR	8,784.00	240,033.60	248,817.60	2.10	3.53	8,057.86	31,732.99	39,790.85	0.57	20.25	233,500.32
		Recaudación SEG	70.27	122,169.72	122,239.99	1.03	0.06	351.36	913.54	1,264.90	0.02	27.78	120,975.09
		Sub Total Finanzas	**11,665.15**	**383,866.00**	**395,531.16**	**3.33**	**2.95**	**8,409.22**	**32,646.53**	**41,055.74**	**0.59**	**20.48**	**354,475.41**
		TOTAL PROCESOS DE SOPORTE	**47,945.86**	**498,071.14**	**546,016.99**	**4.60**	**8.78**	**33,760.90**	**38,864.83**	**72,625.73**	**1.04**	**46.49**	**473,391.26**
GESTION	PLANEACION	Elaboración del Cuadro de Necesidades	8,432.64	10,231.30	18,663.94	0.16	45.18						
		Programación de Actividades de Control de Riesgos	787.40	1,662.71	2,450.11	0.02	32.14						
		Programación de Programas	19,764.00	79,337.06	99,101.06	0.84	19.94	28,131.12	439.20	28,570.32	0.41	98.46	91,644.79
		Sub Total Planeación	**28,984.04**	**91,231.07**	**120,215.11**	**1.01**	**24.11**	**28,131.12**	**439.20**	**28,570.32**	**0.41**	**98.46**	**91,644.79**
	CONTROL	Supervisión	0.00	73,337.88	73,337.88	0.62	0.00	0.00	28,089.22	28,089.22	0.40	0.00	45,248.66
		Reporte de Recaudación	0.00	38,796.10	38,796.10	0.33	0.00						
		Reporte de Programas	0.00	46,617.98	46,617.98	0.39	0.00						
		Reporte HIS	0.00	200,342.38	200,342.38	1.69	0.00						
		Reporte SISPROD	0.00	305,734.22	305,734.22	2.58	0.00						
		Reporte de Farmacia	0.00	44,882.70	44,882.70	0.38	0.00						
		Reporte de Laboratorio	0.00	31,381.06	31,381.06	0.26	0.00						
		Reporte de Rayos X	0.00	31,381.06	31,381.06	0.26	0.00	0.00	2,108.16	2,108.16	0.03	0.00	697,027.33
		Sub Total Control	**0.00**	**772,473.37**	**772,473.37**	**6.51**	**0.00**	**0.00**	**30,197.38**	**30,197.38**	**0.43**	**0.00**	**742,275.99**
		TOTAL PROCESOS DE GESTION	**28,984.04**	**863,704.44**	**892,688.48**	**7.53**	**3.25**	**28,131.12**	**30,636.58**	**58,767.70**	**0.84**	**47.87**	**833,920.78**
		T O T A L G E N E R A L	**7,401,915.30**	**4,460,319.01**	**11,862,234.31**	**100.00**	**62.40**	**6,862,611.87**	**100,005.20**	**6,962,617.06**	**100.00**	**98.56**	**4,899,617.24**

(1) No considera rubro Otros Costos Medibles del Proceso

Nota: Indica que proceso ha sido consolidado en otro

ANEXO II: ATENCIONES REGISTRADAS POR ESTABLECIMIENTO – MR SORITOR

REPORTE DE PRODUCCIÓN POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - SUBSIDIADO-MAYO 2012

Componente Reposición: 170.621,49

(ORDENADO POR ESTABLECIMIENTO)

lunes, 09 de julio de 2012

Código	Denominación	CODIGO DE SERVICIO	NOMBRE DE SERVICIO	Nº ATENCIONES
0000006333	ALTO PERU	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	18
0000006333	ALTO PERU	009	Atención prenatal	3
0000006333	ALTO PERU	016	Estimulación temprana	1
0000006333	ALTO PERU	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	18
0000006333	ALTO PERU	056	Consulta externa	178
0000006333	ALTO PERU	062	Atención por emergencia	13
0000006333	ALTO PERU	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	5
0000006334	ALTO SAN MARTIN	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	46
0000006334	ALTO SAN MARTIN	005	Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	7
0000006334	ALTO SAN MARTIN	007	Suplemento de micronutrientes	10
0000006334	ALTO SAN MARTIN	008	Profilaxis antiparasitaria	1
0000006334	ALTO SAN MARTIN	009	Atención prenatal	27
0000006334	ALTO SAN MARTIN	010	Atención del puerperio normal	9
0000006334	ALTO SAN MARTIN	016	Estimulación temprana	11
0000006334	ALTO SAN MARTIN	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	40
0000006334	ALTO SAN MARTIN	054	Atención de parto vaginal	3
0000006334	ALTO SAN MARTIN	056	Consulta externa	183
0000006334	ALTO SAN MARTIN	061	Atención en tópico	30
0000006334	ALTO SAN MARTIN	062	Atención por emergencia	10
0000006334	ALTO SAN MARTIN	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	35
0000006327	HABANA	009	Atención prenatal	20
0000006327	HABANA	010	Atención del puerperio normal	5
0000006327	HABANA	011	Examenes laboratorio completo de la gestante	6
0000006327	HABANA	016	Estimulación temprana	7
0000006327	HABANA	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	43
0000006327	HABANA	021	Prevencion de caries	5
0000006327	HABANA	024	Detección precoz de cáncer cérvico-uterino	1
0000006327	HABANA	056	Consulta externa	179
0000006327	HABANA	059	Extracción dental (exodoncia)	1
0000006327	HABANA	062	Atención por emergencia	12
0000006327	HABANA	118	Control de crecimiento y desarrollo en menores de 5-9	2
0000006335	JERICOB	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	74
0000006335	JERICOB	005	Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	1
0000006335	JERICOB	007	Suplemento de micronutrientes	2
0000006335	JERICOB	008	Profilaxis antiparasitaria	2
0000006335	JERICOB	009	Atención prenatal	40
0000006335	JERICOB	010	Atención del puerperio normal	7
0000006335	JERICOB	016	Estimulación temprana	3
0000006335	JERICOB	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	22
0000006335	JERICOB	050	Atención inmediata del recién nacido normal	1
0000006335	JERICOB	054	Atención de parto vaginal	4
0000006335	JERICOB	056	Consulta externa	325
0000006335	JERICOB	061	Atención en tópico	4
0000006335	JERICOB	062	Atención por emergencia	7
0000006335	JERICOB	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	33
0000006335	JERICOB	118	Control de crecimiento y desarrollo en menores de 5-9	6
0000006336	SAN MARCOS	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	41
0000006336	SAN MARCOS	005	Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	6
0000006336	SAN MARCOS	007	Suplemento de micronutrientes	17
0000006336	SAN MARCOS	009	Atención prenatal	58
0000006336	SAN MARCOS	010	Atención del puerperio normal	8
0000006336	SAN MARCOS	016	Estimulación temprana	7
0000006336	SAN MARCOS	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	56
0000006336	SAN MARCOS	020	Salud Bucal	1
0000006336	SAN MARCOS	021	Prevencion de caries	16
0000006336	SAN MARCOS	022	Detección de problemas en Salud Mental	10
0000006336	SAN MARCOS	050	Atención inmediata del recién nacido normal	1
0000006336	SAN MARCOS	054	Atención de parto vaginal	1
0000006336	SAN MARCOS	056	Consulta externa	208
0000006336	SAN MARCOS	059	Extracción dental (exodoncia)	11
0000006336	SAN MARCOS	062	Atención por emergencia	4
0000006336	SAN MARCOS	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	6
0000006332	SORITOR	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	154
0000006332	SORITOR	005	Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	9
0000006332	SORITOR	007	Suplemento de micronutrientes	44
0000006332	SORITOR	009	Atención prenatal	62
0000006332	SORITOR	010	Atención del puerperio normal	13
0000006332	SORITOR	011	Examenes laboratorio completo de la gestante	43
0000006332	SORITOR	016	Estimulación temprana	25
0000006332	SORITOR	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	11
0000006332	SORITOR	020	Salud Bucal	5
0000006332	SORITOR	021	Prevencion de caries	15
0000006332	SORITOR	022	Detección de problemas en Salud Mental	88
0000006332	SORITOR	050	Atención inmediata del recién nacido normal	21
0000006332	SORITOR	054	Atención de parto vaginal	27
0000006332	SORITOR	056	Consulta externa	289
0000006332	SORITOR	058	Obturación y curación dental compuesta	34
0000006332	SORITOR	059	Extracción dental (exodoncia)	19
0000006332	SORITOR	061	Atención en tópico	16
0000006332	SORITOR	062	Atención por emergencia	42
0000006332	SORITOR	063	Atención por emergencia con observación	3
0000006332	SORITOR	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	22

ANEXO III: ATENCIONES REGISTRADAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO – MR SORITOR

REPORTE DE PRODUCCIÓN POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - SUBSIDIADO-MAYO 2012

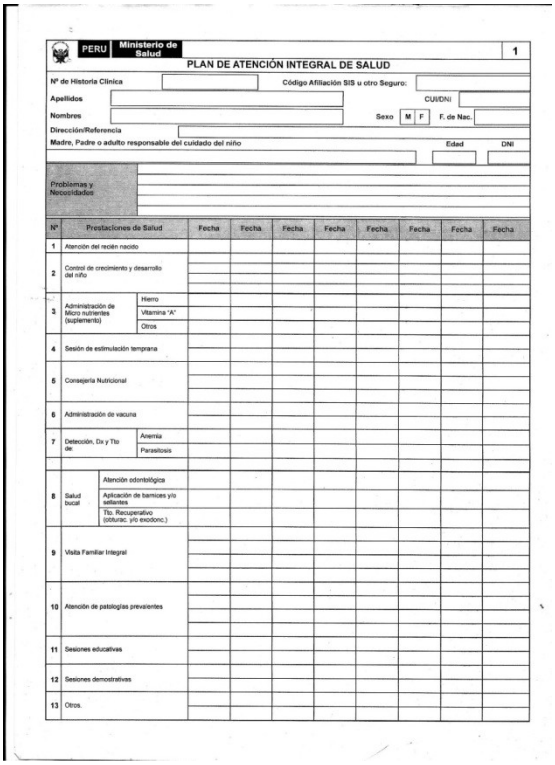
Componente Reposición: 170.621,49

(ORDENADO POR CÓDIGO DE SERVICIO)

lunes, 09 de julio de 2012

Código	Denominación	CODIGO DE SERVICIO	NOMBRE DE SERVICIO	Nº ATENCIONES
0000006332	SORITOR	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	154
0000006333	ALTO PERU	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	18
0000006334	ALTO SAN MARTIN	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	46
0000006335	JERICOB	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	74
0000006336	SAN MARCOS	001	Control de crecimiento y desarrollo en niños	41
0000006332	SORITOR	005	Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	9
0000006334	ALTO SAN MARTIN	005	Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	7
0000006335	JERICOB	005	Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	1
0000006336	SAN MARCOS	005	Consejería nutricional niños en riesgo/en desnutrición	6
0000006332	SORITOR	007	Suplemento de micronutrientes	44
0000006334	ALTO SAN MARTIN	007	Suplemento de micronutrientes	10
0000006335	JERICOB	007	Suplemento de micronutrientes	2
0000006336	SAN MARCOS	007	Suplemento de micronutrientes	17
0000006334	ALTO SAN MARTIN	008	Profilaxis antiparasitaria	1
0000006335	JERICOB	008	Profilaxis antiparasitaria	2
0000006327	HABANA	009	Atención prenatal	20
0000006332	SORITOR	009	Atención prenatal	62
0000006333	ALTO PERU	009	Atención prenatal	3
0000006334	ALTO SAN MARTIN	009	Atención prenatal	27
0000006335	JERICOB	009	Atención prenatal	40
0000006336	SAN MARCOS	009	Atención prenatal	58
0000006327	HABANA	010	Atención del puerperio normal	5
0000006332	SORITOR	010	Atención del puerperio normal	13
0000006334	ALTO SAN MARTIN	010	Atención del puerperio normal	9
0000006335	JERICOB	010	Atención del puerperio normal	7
0000006336	SAN MARCOS	010	Atención del puerperio normal	8
0000006327	HABANA	011	Examenes laboratorio completo de la gestante	6
0000006332	SORITOR	011	Examenes laboratorio completo de la gestante	43
0000006327	HABANA	016	Estimulación temprana	7
0000006332	SORITOR	016	Estimulación temprana	25
0000006333	ALTO PERU	016	Estimulación temprana	1
0000006334	ALTO SAN MARTIN	016	Estimulación temprana	11
0000006335	JERICOB	016	Estimulación temprana	3
0000006336	SAN MARCOS	016	Estimulación temprana	7
0000006327	HABANA	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	43
0000006332	SORITOR	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	11
0000006333	ALTO PERU	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	18
0000006334	ALTO SAN MARTIN	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	40
0000006335	JERICOB	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	22
0000006336	SAN MARCOS	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	56
0000006332	SORITOR	020	Salud Bucal	5
0000006336	SAN MARCOS	020	Salud Bucal	1
0000006327	HABANA	021	Prevencion de caries	5
0000006332	SORITOR	021	Prevencion de caries	15
0000006336	SAN MARCOS	021	Prevencion de caries	16
0000006332	SORITOR	022	Detección de problemas en Salud Mental	88
0000006336	SAN MARCOS	022	Detección de problemas en Salud Mental	10
0000006327	HABANA	024	Detección precoz de cáncer cérvico-uterino	1
0000006332	SORITOR	050	Atención inmediata del recién nacido normal	21
0000006335	JERICOB	050	Atención inmediata del recién nacido normal	1
0000006336	SAN MARCOS	050	Atención inmediata del recién nacido normal	1
0000006332	SORITOR	054	Atención de parto vaginal	27
0000006334	ALTO SAN MARTIN	054	Atención de parto vaginal	3
0000006335	JERICOB	054	Atención de parto vaginal	4
0000006336	SAN MARCOS	054	Atención de parto vaginal	1
0000006327	HABANA	056	Consulta externa	179
0000006332	SORITOR	056	Consulta externa	289
0000006333	ALTO PERU	056	Consulta externa	178
0000006334	ALTO SAN MARTIN	056	Consulta externa	183
0000006335	JERICOB	056	Consulta externa	325
0000006336	SAN MARCOS	056	Consulta externa	208
0000006332	SORITOR	058	Obturación y curación dental compuesta	34
0000006327	HABANA	059	Extracción dental (exodoncia)	1
0000006332	SORITOR	059	Extracción dental (exodoncia)	19
0000006336	SAN MARCOS	059	Extracción dental (exodoncia)	11
0000006332	SORITOR	061	Atención en tópico	16
0000006334	ALTO SAN MARTIN	061	Atención en tópico	30
0000006335	JERICOB	061	Atención en tópico	4
0000006327	HABANA	062	Atención por emergencia	12
0000006332	SORITOR	062	Atención por emergencia	42
0000006333	ALTO PERU	062	Atención por emergencia	13
0000006334	ALTO SAN MARTIN	062	Atención por emergencia	10
0000006335	JERICOB	062	Atención por emergencia	7
0000006336	SAN MARCOS	062	Atención por emergencia	4
0000006332	SORITOR	063	Atención por emergencia con observación	3
0000006332	SORITOR	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	22
0000006333	ALTO PERU	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	5
0000006334	ALTO SAN MARTIN	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	35
0000006335	JERICOB	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	33
0000006336	SAN MARCOS	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	6
0000006327	HABANA	118	Control de crecimiento y desarrollo en menores de 5-9	2
0000006335	JERICOB	118	Control de crecimiento y desarrollo en menores de 5-9	6

ANEXO IV FORMATOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN



PERU Ministerio de Salud — 1

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Nº de Historia Clínica | Código Afiliación SIS u otro Seguro:

Apellidos | CUI/DNI

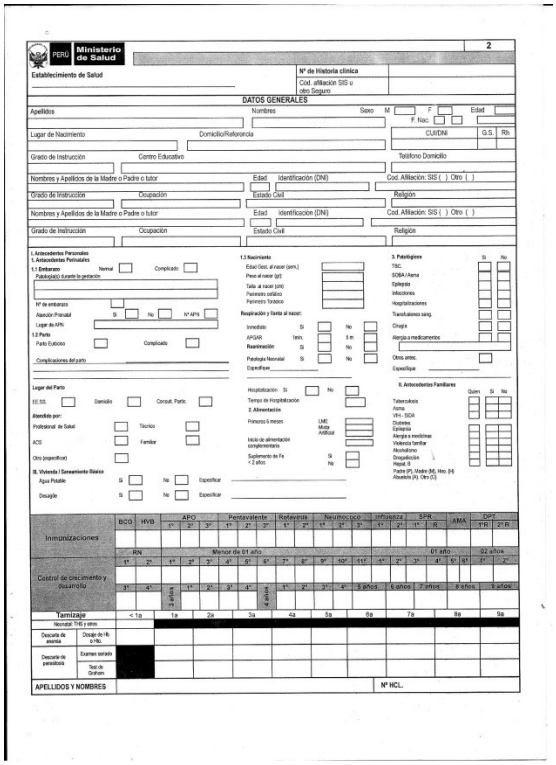
Nombres | Sexo M F | F. de Nac.

Dirección/Referencia

Madre, Padre o adulto responsable del cuidado del niño | Edad | DNI

Problemas y Necesidades

Nº	Prestaciones de Salud		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	Atención del recién nacido									
2	Control de crecimiento y desarrollo del niño									
3	Administración de Micro nutrientes (Suplemento)	Hierro								
		Vitamina "A"								
		Otros								
4	Sesión de estimulación temprana									
5	Consejería Nutricional									
6	Administración de vacuna									
7	Detección, Dx y Tto de:	Anemia								
		Parasitosis								
8	Salud bucal	Atención odontológica								
		Aplicación de barnices y/o selllantes								
		Tto. Recuperativo (obturac. y/o endodonc.)								
9	Visita Familiar Integral									
10	Atención de patologías prevalentes									
11	Sesiones educativas									
12	Sesiones demostrativas									
13	Otros.									



PERU Ministerio de Salud — 2

Establecimiento de Salud | Nº de Historia clínica | Cod. afiliación SIS u otro Seguro

DATOS GENERALES

Apellidos | Nombres | Sexo M F | Edad | F. Nac.

Lugar de Nacimiento | Domicilio/Referencia | CUI/DNI | G.S. Rh

Grado de Instrucción | Centro Educativo | Teléfono Domicilio

Nombres y Apellidos de la Madre o Padre o tutor | Edad | Identificación (DNI) | Cod. Afiliación: SIS ( ) Otro ( )

Grado de Instrucción | Ocupación | Estado Civil | Religión

Nombres y Apellidos de la Madre o Padre o tutor | Edad | Identificación (DNI) | Cod. Afiliación: SIS ( ) Otro ( )

Grado de Instrucción | Ocupación | Estado Civil | Religión

I. Antecedentes Personales
I. Antecedentes Perinatales
1.1 Embarazo — Normal | Complicado — Patología(s) durante la gestación
Nº de embarazo | Atención Prenatal | Si | No | Nº APN | Lugar de APN
1.2 Parto — Parto Eutócico | Complicado — Complicaciones del parto
Lugar del Parto — EE.SS. | Domicilio | Consult. Parto
Atendido por: — Profesional de Salud | Técnico | ACS | Familiar | Otro (especificar)
II. Vivienda / Saneamiento Básico — Agua Potable | Si | No | Especificar — Desagüe | Si | No | Especificar

1.3 Nacimiento — Edad Ges. al nacer (sem.) | Peso al nacer (gr) | Talla al nacer (cm) | Perímetro cefálico | Perímetro Torácico
Respiración y llanto al nacer: — Inmediato Si No | APGAR 1min. 5 m | Reanimación Si No | Patología Neonatal Si No | Especifique
Hospitalización Si No | Tiempo de Hospitalización
2. Alimentación — Primeros 6 meses: LME Mixta Artificial | Inicio de alimentación complementaria | Suplemento de Fe Si No | > 2 años

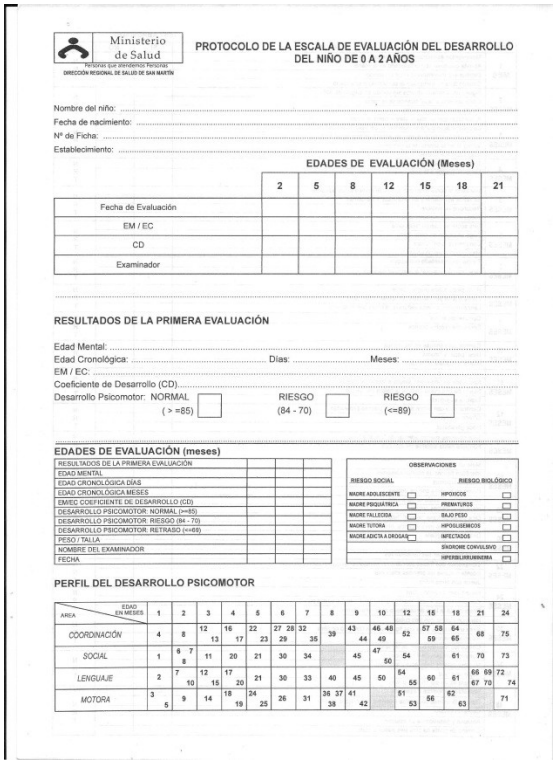
3. Patológicos — TBC | SOBA / Asma | Epilepsia | Infecciones | Hospitalizaciones | Transfusiones sang. | Cirugía | Alergia a medicamentos | Otros antec. | Especifique
II. Antecedentes Familiares — Quien | Si | No — Tuberculosis | Asma | VIH - SIDA | Diabetes | Epilepsia | Alergia a medicinas | Violencia familiar | Alcoholismo | Drogadicción | Hepat. B — Padre (P), Madre (M), Hno. (H), Abuelos (A), Otro (O)

	BCG	HVB	APO	Pentavalente	Rotavirus	Neumococo	Influenza	SPR	AMA	DPT
Inmunizaciones			1° 2° 3°	1° 2° 3°	1° 2°	1° 2°	1° 2°	1° R		1°R 2°R

	RN	Menor de 01 año								01 año	02 años
Control de crecimiento y desarrollo		1° 2°	1° 2°	3° 4°	5° 6°	7° 8°	9° 10°	11° 1°	2° 3°	4° 5°	6° 1° 2°
		3° 4°	1° 2°	3° 4°	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años		

Tamizaje	< 1a	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a
Neonatal: THS y otros										
Descarte de anemia — Dosaje de Hb a niño										
Descarte de parasitosis — Examen seriado										
Descarte de parasitosis — Test de Graham										

APELLIDOS Y NOMBRES | Nº HCL



Ministerio de Salud
PERSONAS QUE SIRVIENDO TRIUNFAN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE SAN MARTÍN

PROTOCOLO DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS

Nombre del niño: .....
Fecha de nacimiento: .....
Nº de Ficha: .....
Establecimiento: .....

EDADES DE EVALUACIÓN (Meses)

	2	5	8	12	15	18	21
Fecha de Evaluación							
EM / EC							
CD							
Examinador							

RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN

Edad Mental: .....
Edad Cronológica: ..... Días: ..... Meses: .....
EM / EC: .....
Coeficiente de Desarrollo (CD): .....
Desarrollo Psicomotor: NORMAL (> =85) RIESGO (84 - 70) RIESGO (<=69)

EDADES DE EVALUACIÓN (meses)

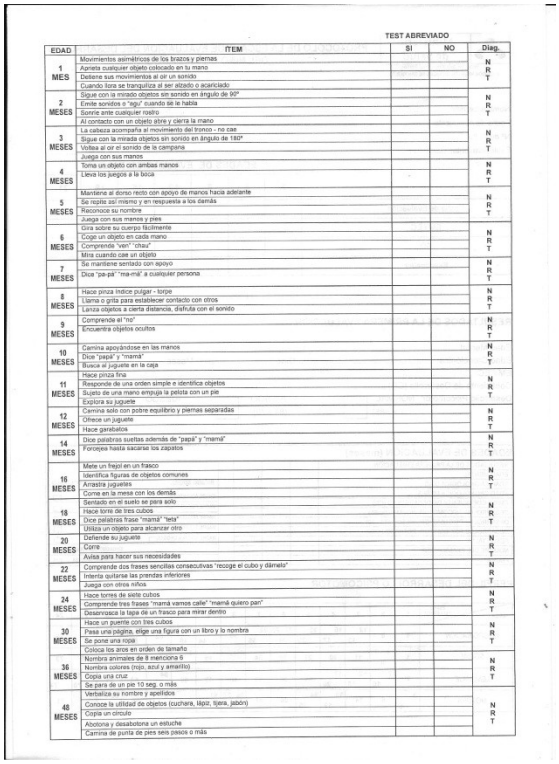
RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN			
EDAD MENTAL			
EDAD CRONOLÓGICA DÍAS			
EDAD CRONOLÓGICA MESES			
EM/EC COEFICIENTE DE DESARROLLO (CD)			
DESARROLLO PSICOMOTOR: NORMAL (>=85)			
DESARROLLO PSICOMOTOR: RIESGO (84 - 70)			
DESARROLLO PSICOMOTOR: RETRASO (<=69)			
PESO / TALLA			
NOMBRE DEL EXAMINADOR			
FECHA			

OBSERVACIONES

RIESGO SOCIAL		RIESGO BIOLÓGICO	
MADRE ADOLESCENTE		HIPOXICOS	
MADRE PSIQUIÁTRICA		PREMATUROS	
MADRE FALLECIDA		BAJO PESO	
MADRE TUTORA		HIPOGLUCEMICOS	
MADRE ADICTA A DROGAS		INFECTADOS	
		SIDROME CONVULSIVO	
		HIPERBILIRRUBINEMIA	

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

AREA \ EDAD EN MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
COORDINACIÓN	4	8	12 13	16 17	22 23	27 28 29	32 35	39	43 44	46 48 49	52	57 58 59	64 65	68	75
SOCIAL	1	6 7 8	11	20	21	30	34		45	47 50	54		61	70	73
LENGUAJE	2	7 10	12 15	17 20	21	30	33	40	45	50	54 55	60	61	68 69 67 70	72 74
MOTORA	3 5	9	14	18 19	24 25	26	31	36 37 38	41 42		51 53	56	62 63		71



TEST ABREVIADO

EDAD	ITEM	SI	NO	Diag.
1 MES	Movimientos asimétricos de los brazos y piernas			N R T
	Aprieta cualquier objeto colocado en tu mano			
	Detiene sus movimientos al oír un sonido			
	Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado			
2 MESES	Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90°			N R T
	Emite sonidos o "agu" cuando sé le habla			
	Sonríe ante cualquier rostro			
	Al contacto con un objeto abre y cierra la mano			
3 MESES	La cabeza acompaña el movimiento del tronco - no cae			N R T
	Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 180°			
	Voltea al oír el sonido de la campana			
	Juega con sus manos			
4 MESES	Toma un objeto con ambas manos			N R T
	Lleva los juegos a la boca			
	Mantiene al dorso recto con apoyo de manos hacia adelante			
5 MESES	Se repite así mismo y en respuesta a los demás			N R T
	Reconoce su nombre			
	Juega con sus manos y pies			
	Gira sobre su cuerpo fácilmente			
6 MESES	Coge un objeto en cada mano			N R T
	Comprende "ven" "chau"			
	Mira cuando cae un objeto			
7 MESES	Se mantiene sentado con apoyo			N R T
	Dice "pa-pa" "ma-má" a cualquier persona			
8 MESES	Hace pinza índice pulgar - torpe			N R T
	Llama o grita para establecer contacto con otros			
	Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido			
9 MESES	Comprende el "no"			N R T
	Encuentra objetos ocultos			
10 MESES	Camina apoyándose en las manos			N R T
	Dice "papá" y "mamá"			
	Busca al juguete en la caja			
11 MESES	Hace pinza fina			N R T
	Responde de una orden simple e identifica objetos			
	Sujeto de una mano empuja la pelota con un pie			
	Explora su juguete			
12 MESES	Camina solo con pobre equilibrio y piernas separadas			N R T
	Ofrece un juguete			
	Hace garabatos			
14 MESES	Dice palabras sueltas además de "papá" y "mamá"			N R T
	Forcejea hasta sacarse los zapatos			
16 MESES	Mete un frejol en un frasco			N R T
	Identifica figuras de objetos comunes			
	Arrastra juguetes			
	Come en la mesa con los demás			
18 MESES	Sentado en el suelo se para solo			N R T
	Hace torre de tres cubos			
	Dice palabras frase "mamá" "tela"			
	Utiliza un objeto para alcanzar otro			
20 MESES	Defiende su juguete			N R T
	Corre			
	Avisa para hacer sus necesidades			
22 MESES	Comprende dos frases sencillas consecutivas "recoge el cubo y dámelo"			N R T
	Intenta quitarse las prendas inferiores			
	Juega con otros niños			
24 MESES	Hace torres de siete cubos			N R T
	Comprende tres frases "mamá vamos calle" "mamá quiero pan"			
	Desenvasca la tapa de un frasco para mirar dentro			
30 MESES	Hace un puente con tres cubos			N R T
	Pasa una página, elige una figura con un libro y lo nombra			
	Se pone una ropa			
36 MESES	Coloca los aros en orden de tamaño			N R T
	Nombra animales de 8 mencionna 6			
	Nombra colores (rojo, azul y amarillo)			
	Copia una cruz			
48 MESES	Se para de un pie 10 seg. o más			N R T
	Verbaliza su nombre y apellidos			
	Conoce la utilidad de objetos (cuchara, lápiz, tijera, jabón)			
	Copia un círculo			
	Abotona y desabotona un estuche			
	Camina de punta de pies seis pasos o más			

MINISTERIO DE SALUD
Personas que atendemos Personas
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 - 5 Años: TEPSI (Haeusler y Marchant 1985)

Edad............Años.............Meses...........días

PERFIL TEPSI

Resultado Test Total	
Puntaje Bruto	....
Puntaje T	....
Categoría	☐ Normal > ó = 40 Ptos. ☐ Riesgo 30 - 39 Ptos. ☐ Retraso < ó = 29 Ptos.

TEST TOTAL (Retraso / Riesgo / Normalidad)
PUNTAJE T 20 30 40 50 60 70 80
SUBTEST COORDINACIÓN
SUBTEST LENGUAJE
SUBTEST MOTRICIDAD
PUNTAJE T 20 30 40 50 60 70 80

Resultados Subtest	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación	....	....	....
Lenguaje	....	....	....
Motrocidad	....	....	....

FECHA / /

NOMBRE DEL EXAMINADOR

I. SUBTEST COORDINACION

( )	1	C	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (Dos Vasos)
( )	2	C	Construye un puente con tres cubos con modelo presente (Seis cubos)
( )	3	C	Construye una torre de 8 ó más cubos (Doce cubos)
( )	4	C	Desabotona (Estuche)
( )	5	C	Abotona (Estuche)
( )	6	C	Enhebra una aguja (Aguja de lana, hilo)
( )	7	C	Desata cordones (Tablero c/cordón)
( )	8	C	Copia una línea recta (Lam,1; reverso hoja reg.)
( )	9	C	Copia un círculo (Lam, 2; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	10	C	Copia una cruz (Lam, 3; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	11	C	Copia un triángulo (Lam, 4; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	12	C	Copia un cuadrado (Lam, 5; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	13	C	Dibuja 9 ó más partes de una figura humana (Lápiz; reverso hoja reg.)
( )	14	C	Dibuja 6 ó más partes de una figura humana (Lápiz; reverso hoja reg.)
( )	15	C	Dibuja 3 ó más partes de una figura humana (Lápiz; reverso hoja reg.)
( )	16	C	Ordena por tamaño (tablero; barritas)
			TOTAL SUBTEST COORDINACION:PB

II. SUBTEST LENGUAJE

( )	1	L	Reconoce grande y chico (Lam. 6) Grande.................Chicho................
( )	2	L	Reconoce más y menos (Lam. 7) Más.................Menos................
( )	3	L	Nombra Animales (Lam. 8) Gato.......... Perro.......... Chancho.......... Pato.......... Paloma.......... Oveja.......... Tortuga.......... Gallina..........
( )	4	L	Nombra Objetos (Lam. 5) Paraguas.......... Vela.......... Escoba.......... Tetera.......... Zapatos.......... Reloj.......... Serrucho.......... Taza..........
( )	5	L	Reconoce largo y corto (Lam. 1)
( )	6	L	Verbaliza acciones (Lam. 11) Cortando.......... Saltando.......... Planchando.......... Comiendo..........
( )	7	L	Conoce la utilidad de objetos Cuchara.......... Lápiz.......... Jabón.......... Escoba.......... Cama.......... Tijera..........
( )	8	L	Discrimina pesado y liviano (Bolsas con arena y esponja) Pesado.......... Liviano..........
( )	9	L	Verbaliza su nombre y apellido Nombre.......... Apellido..........
( )	10	L	Indica sexo..........
( )	11	L	Conoce el nombre de sus padres Papá.......... Mamá..........
( )	12	L	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas Hombre.......... Cansado.......... Frío..........
( )	13	L	Comprende preposiciones (Lápiz) Detrás.......... Sobre.......... Debajo..........

PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 - 5 Años: TEPSI (Haeusler y Marchant 1985)

( )	14	L	Razona por analogías opuestas Hielo.......... Ratón.......... Mamá..........
( )	15	L	Nombra colores (papel lustre azul, amarillo, rojo) Amarillo.......... Azúl.......... Rojo..........
( )	16	L	Señala colores (papel lustre azul, amarillo, rojo) Amarillo.......... Azúl.......... Rojo..........
( )	17	L	Nombra figuras geométricas (Lam. 12) ○.......... □.......... △..........
( )	18	L	Señala figuras geométricas (Lam. 12) ○.......... □.......... △..........
( )	19	L	Describe escenas (Lam. 13 y 14) 13.......... 14..........
( )	20	L	Reconoce absurdos (Lam. 15)
( )	21	L	Usa plurales (Lam. 6)
( )	22	L	Reconoce antes y después (Lam. 17) Antes.......... Después..........
( )	23	L	Define palabras Manzana.......... Pelota.......... Zapato.......... Abrigo..........
( )	24	L	Nombra características de objetos (pelota, globo inflado, bolsa, arena) Pelota.......... Globo inflado.......... Bolsa..........
			TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD

( )	1	M	Salta con los dos pies en el mismo lugar.
( )	2	M	Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (Vaso lleno de agua)
( )	3	M	Lanza una pelota en una dirección determinada (Pelota)
( )	4	M	Se para en un pié sin apoyo 10 Seg. ó más.
( )	5	M	Se para en un pié sin apoyo 5 Seg. ó más.
( )	6	M	Se para en un pié sin apoyo 1 Seg. ó más.
( )	7	M	Camina en punta de pies seis o más pasos.
( )	8	M	Salta 20 cms. con los pies juntos (hoja reg.)
( )	9	M	Salta en un pié tres o más veces sin apoyo
( )	10	M	Coje una pelota (Pelota)
( )	11	M	Camina hacia adelante topando talón y punta
( )	12	M	Camina hacia atrás topando punta y talón
			TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

N° de Formato
Codificador

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

Registro Diario De Atención y Otras Actividades de Salud

1 TURNO: MAÑANA | TARDE

2 AÑO	3 MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS)	6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION

7 DIA	8 H.C. / F.F. 9 D.N.I.	10 FINANC. DE SALUD	11 PERTENENCIA ÉTNICA	12 DISTRITO DE PROCEDENCIA	13 EDAD	14 SEXO	15 ESTABLEC	16 SERVICIO	17 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	18 TIPO DE DIAGNÓSTICO P D R	19 LAB.	20 CÓDIGO CIE / CPT
1						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
2						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
3						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
4						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
5						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
6						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
7						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
8						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
9						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
10						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
11						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		
12						M / F	N C R	N C R	1. 2. 3.	P D R		

PARA ITEM 10 : FINANCIADOR DE ESALUD	PARA ITEMS 15 Y 16 (CONDICION DE INGRESO)	PARA ITEM 18
1 NINGUNO (PAGANTE) 4 SOAT 7 SANIDAD EP 10 OTROS	N= PACIENTE NUEVO ()1RA VEZ EN SU VIDA)	P = DX PRESUNTIVO
2 SEGURO INTEGRAL (SIS) 5 SANIDAD FAP 8 SANIDAD PNP	C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO	D = DX DEFINITIVO
3 ESSALUD 6. SANIDAD NAVAL 9 PRIVADOS	R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO	R = DX REPETIDO (CONTROL)

PERÚ | Ministerio de Salud | Seguro Integral de Salud

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN

NÚMERO DE FORMATO: 300 – 12 – Nº 01072001

CÓDIGO E.S. /EQUIPO AISPED | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCIÓN | RECONSIDERACIÓN(*) Nº FORMATO ATENCIÓN PARA RECONSIDERACIÓN

COMPONENTE: SUBSIDIADO / SEMI-SUBSIDIADO / NO AFILIADO | TIPO FORMATO AFILIACIÓN: NUEVO / ANTIGUO (INSCR / AFIL) | TIPO FORMATO AFILIACIÓN / INSCRIPCIÓN: DISA / NÚMERO | IDENTIFICACIÓN: TD / Nº DOCUMENTO | (*) Llenar con aspa (X) en caso de reconsideración de atención | CÓDIGO DE AFILIACIÓN DE SEGURO (*): INSTITUCIÓN / CÓD. SEGURO | (*) En caso de convenios con otras instituciones

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO

PRIMER NOMBRE | OTROS NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO | SEXO: MASCULINO / FEMENINO | ATENCIÓN: AMBULATORIA / REFERENCIA / EMERGENCIA | GESTANTE / PUÉRPERA | CONCEPTO PRESTACIONAL: ATENCIÓN DIRECTA / ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO LPIS) / CASO ESPECIAL / SEPELIO / TRASLADO | Nº DE AUTORIZACIÓN | MONTO

FECHA DE ATENCIÓN: DÍA / MES / AÑO 2 0 1 | HORA | LUGAR DE ATENCIÓN: INTRAMURAL / EXTRAMURAL | Nº DE HISTORIA CLÍNICA | FECHA DE PARTO: DÍA / MES / AÑO 2 0

PERSONAL QUE ATIENDE: DEL ESTABLECIMIENTO / ITINERANTE/EQ. AISPED | CÓDIGO DE PRESTACIÓN | CÓDIGO E.S./EQ. AISPED | NOMBRE DEL E.S./EQUIPO AISPED QUE REFIRIÓ AL PACIENTE | Nº HOJA DE REFERENCIA

DESTINO DEL ASEGURADO: ALTA / CITADO / REFERIDO (EMERGENCIA / CONSULTA EXTERNA / APOYO AL DIAGNÓSTICO) / CONTRA-RREFERIDO / FALLECIDO | HOSPITALIZADOS: FECHA DE INGRESO DÍA / MES / AÑO 2 0; FECHA DE ALTA DÍA / MES / AÑO 2 0

CÓDIGO DEL E.S. | E.S. AL QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE | Nº HOJA DE REF/CONTRARREF.

SERVICIOS PREVENTIVOS: CPN (Nº) | EDAD GEST (SEM) | ALTURA UTERINA (cm) | P.A. (mmHg) | PSICOPROFILAXIS (SI) (NO) | ADMINIST. OXITOCINA (SI) (NO) | PESO (Kg) | TALLA (CM) | EDAD GEST. RN (SEM) | APGAR 1' 5' | CRED (Nº) | EEDP/TEPSI (SI) (NO) | ADMINISTR VITAMINA K (SI) (NO) | LACTANCIA MAT. EXCL. (SI) (NO) | CONTROL DE PUERPERIO (Nº) | CONSEJERIA NUTRICIONAL (SI) (NO) | CONSEJERIA PP.FF. (SI) (NO) | PROFILAXIS OCULAR (SI) (NO) | ADMINIST SUPL. NUTRI. (SI) (NO)

VACUNAS Nº DOSIS: BCG | DPT | APO | ASA | SPR | HVB | INFLUENZ | PAROTID | RUBEOLA | ROTAVIRUS | DT ADULTO (Nº DOSIS) | PENTAVAL | ANTIAMARILICA | ANTINEUMOC. | ANTITETANICA

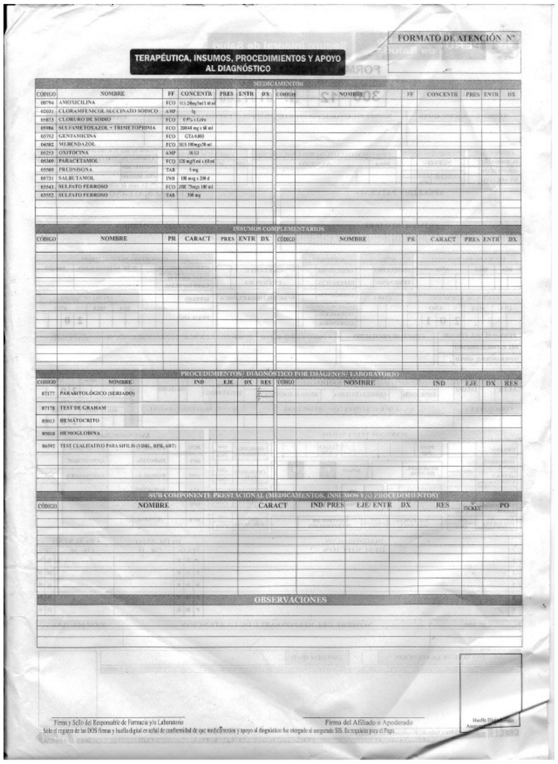
Nº	DIAGNÓSTICOS DESCRIPCION	Dx INGRESO TIPO Dx	CIE - 10	Dx EGRESO CIE - 10	TIPO
1		P D R			D R
2		P D R			D R
3		P D R			D R
4		P D R			D R
5		P D R			D R

Nº DNI | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | Nº COLEGIATURA

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | ESPECIALIDAD

Firma y Sello del Responsable de la Atención | Firma del afiliado o apoderado | Huella Digital del Asegurado ó Apoderado

CRECER | DEL REGISTRO CORRECTO Y DE LA DIGITACIÓN ADECUADA Y OPORTUNA DEPENDERÁ EL PAGO DE LAS PRESTACIONES A TU ESTABLECIMIENTO | EL PERÚ AVANZA



FORMATO DE ATENCIÓN Nº

TERAPÉUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
00794	AMOXICILINA	FCO	915 250mg/5ml x 60 ml										
02031	CLORAMFENICOL SUCCINATO SODICO	AMP	1g										
05873	CLORURO DE SODIO	FCO	0.9% x 1 Litro										
05986	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	FCO	200/40 mg x 60 ml										
03752	GENTAMICINA	FCO	GTA 0.003										
04502	MEBENDAZOL	FCO	SUS 100mg/30 ml										
05253	OXITOCINA	AMP	10 UI										
05369	PARACETAMOL	FCO	120 mg/5 ml x 60 ml										
05589	PREDNISONA	TAB	5 mg										
05731	SALBUTAMOL	INH	100 mcg x 200 d										
03543	SULFATO FERROSO	FCO	JBE 75mg/5 100 ml										
03552	SULFATO FERROSO	TAB	300 mg										

INSUMOS COMPLEMENTARIOS

CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO

CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES	CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES
87177	PARASITOLÓGICO (SERIADO)										
87178	TEST DE GRAHAM										
85013	HEMATOCRITO										
85018	HEMOGLOBINA										
86592	TEST CUALITATIVO PARA SIFILIS (VDRL, RPR, ART)										

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/O PROCEDIMIENTOS)

CÓDIGO	NOMBRE	CARACT	IND/ PRES	EJE/ ENTR	DX	RES	Nº TICKET	PO

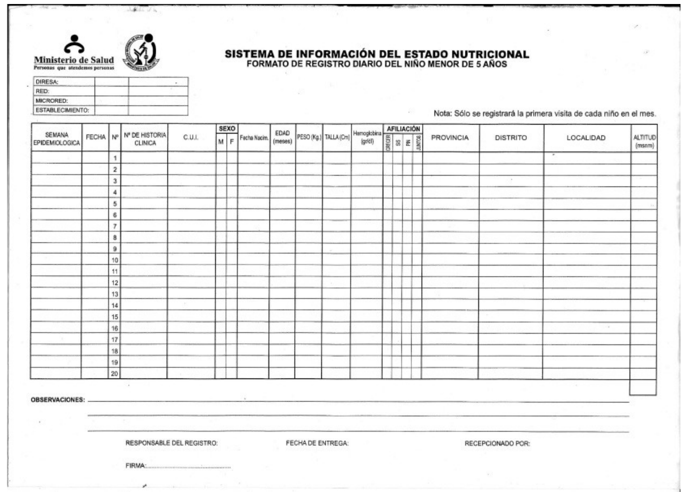
OBSERVACIONES

Firma y Sello del Responsable de Farmacia y/o Laboratorio

Firma del Afiliado o Apoderado

Huella Digital

Sólo el registro de las DOS firmas y huella digital es señal de conformidad de que medicamentos y apoyo al diagnóstico fue otorgado al asegurado SIS. Es requisito para el Pago.



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL
FORMATO DE REGISTRO DIARIO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

DIRESA:
RED:
MICRORED:
ESTABLECIMIENTO:

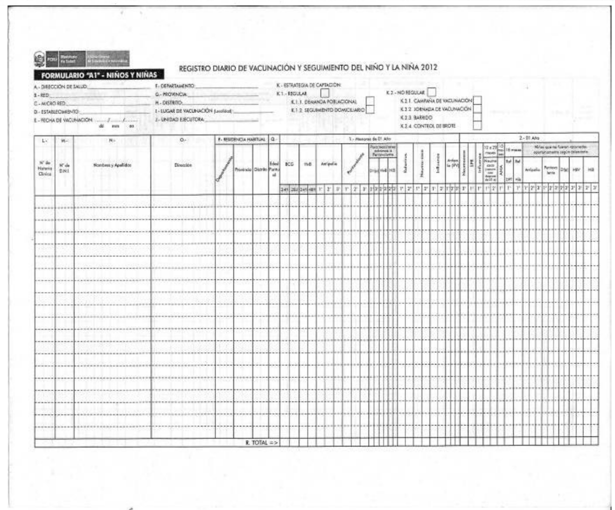
Nota: Sólo se registrará la primera visita de cada niño en el mes.

SEMANA EPIDEMIOLOGICA	FECHA	Nº	Nº DE HISTORIA CLINICA	C.U.I.	SEXO M	SEXO F	Fecha Nacim.	EDAD (meses)	PESO (Kg.)	TALLA (Cm)	Hemoglobina (gr/dl)	AFILIACIÓN CRECER	SS	PIN	JUNTOS	PROVINCIA	DISTRITO	LOCALIDAD	ALTITUD (msnm)
		1																	
		2																	
		3																	
		4																	
		5																	
		6																	
		7																	
		8																	
		9																	
		10																	
		11																	
		12																	
		13																	
		14																	
		15																	
		16																	
		17																	
		18																	
		19																	
		20																	

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL REGISTRO: FECHA DE ENTREGA: RECEPCIONADO POR:

FIRMA:



PERÚ Ministerio de Salud

FORMULARIO "A1" - NIÑOS Y NIÑAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO Y LA NIÑA 2012

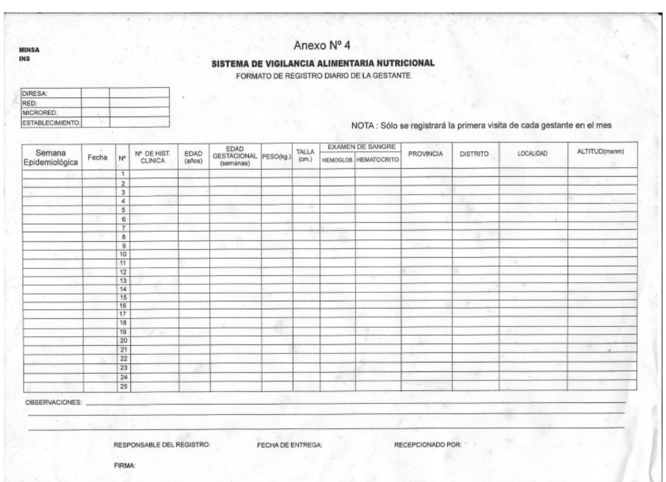
A.- DIRECCIÓN DE SALUD:
B.- RED:
C.- MICRO RED:
D.- ESTABLECIMIENTO:
E.- FECHA DE VACUNACIÓN: / / (dd mm aa)

F.- DEPARTAMENTO:
G.- PROVINCIA:
H.- DISTRITO:
I.- LUGAR DE VACUNACIÓN (Localidad):
J.- UNIDAD EJECUTORA:

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN:
K.1.- REGULAR
K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL
K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
K.2.- NO REGULAR
K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN
K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN
K.2.3. BARRIDO
K.2.4. CONTROL DE BROTE

L.- Nº de Historia Clínica | M.- Nº de DNI | N.- Nombres y Apellidos | O.- Dirección | P.- RESIDENCIA HABITUAL: Departamento, Provincia, Distrito | Q.- Edad Parto al | 1.- Menores de 01 Año: BCG, HvB, Antipolio, Pentavalente, Rotavirus, Neumococo, Influenza | 2.- 01 Año: SPR, Influenza, DPT, AMA, Antipolio, HBV, HIB

R. TOTAL =>



MINSA
INS

Anexo Nº 4

SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL
FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE LA GESTANTE

DIRESA:
RED:
MICRORED:
ESTABLECIMIENTO:

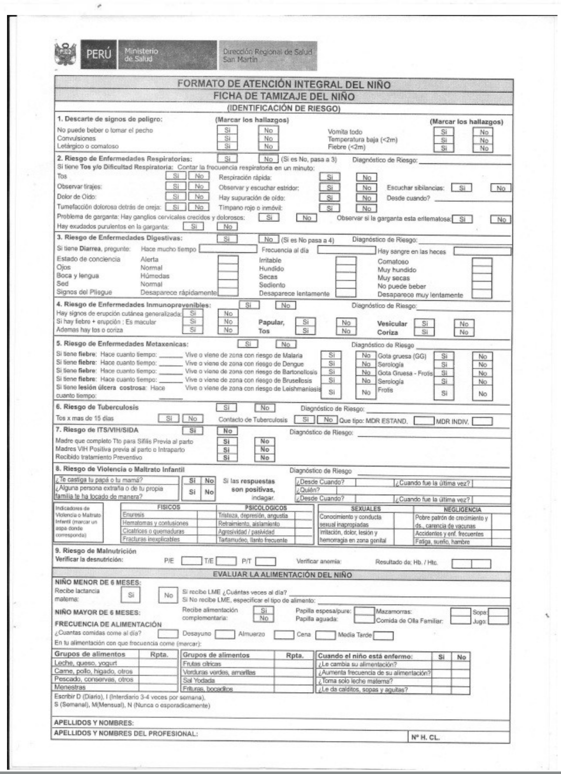
NOTA : Sólo se registrará la primera visita de cada gestante en el mes

Semana Epidemiológica	Fecha	Nº	Nº DE HIST. CLINICA	EDAD (años)	EDAD GESTACIONAL (semanas)	PESO(kg.)	TALLA (cm.)	EXAMEN DE SANGRE HEMOGLOB.	EXAMEN DE SANGRE HEMATOCRITO	PROVINCIA	DISTRITO	LOCALIDAD	ALTITUD(msnm)
		1											
		2											
		3											
		4											
		5											
		6											
		7											
		8											
		9											
		10											
		11											
		12											
		13											
		14											
		15											
		16											
		17											
		18											
		19											
		20											
		21											
		22											
		23											
		24											
		25											

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL REGISTRO: FECHA DE ENTREGA: RECEPCIONADO POR:

FIRMA:



PERÚ Ministerio de Salud | Dirección Regional de Salud San Martín

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO
FICHA DE TAMIZAJE DEL NIÑO
(IDENTIFICACIÓN DE RIESGO)

1. Descarte de signos de peligro: (Marcar los hallazgos)
No puede beber o tomar el pecho Si No — Vomita todo Si No
Convulsiones Si No — Temperatura baja (<2m) Si No
Letárgico o comatoso Si No — Fiebre (<2m) Si No

2. Riesgo de Enfermedades Respiratorias: Si No (Si es No, pasa a 3) Diagnóstico de Riesgo:
Si tiene Tos y/o Dificultad Respiratoria: Contar la frecuencia respiratoria en un minuto:
Tos Si No — Respiración rápida: Si No
Observar tirajes: Si No — Observar y escuchar estridor: Si No — Escuchar sibilancias: Si No
Dolor de Oído: Si No — Hay supuración de oído: Si No — Desde cuando?
Tumefacción dolorosa detrás de oreja: Si No — Tímpano rojo o inmóvil: Si No
Problema de garganta: Hay ganglios cervicales crecidos y dolorosos: Si No — Observar si la garganta esta eritematosa: Si No
Hay exudados purulentos en la garganta: Si No

3. Riesgo de Enfermedades Digestivas: Si No (Si es No pasa a 4) Diagnóstico de Riesgo:
Si tiene Diarrea, pregunte: Hace mucho tiempo — Frecuencia al día — Hay sangre en las heces
Estado de conciencia: Alerta / Irritable / Comatoso
Ojos: Normal / Hundido / Muy hundido
Boca y lengua: Húmedas / Secas / Muy secas
Sed: Normal / Sediento / No puede beber
Signos del Pliegue: Desaparece rápidamente / Desaparece lentamente / Desaparece muy lentamente

4. Riesgo de Enfermedades Inmunoprevenibles: Si No Diagnóstico de Riesgo:
Hay signos de erupción cutánea generalizada: Si No
Si hay fiebre + erupción : Es macular Si No — Papular, Si No — Vesicular Si No
Ademas hay tos o coriza Si No — Tos Si No — Coriza Si No

5. Riesgo de Enfermedades Metaxenicas: Si No Diagnóstico de Riesgo
Si tiene fiebre: Hace cuanto tiempo: ___ Vive o viene de zona con riesgo de Malaria Si No — Gota gruesa (GG) Si No
Si tiene fiebre: Hace cuanto tiempo: ___ Vive o viene de zona con riesgo de Dengue Si No — Serología Si No
Si tiene fiebre: Hace cuanto tiempo: ___ Vive o viene de zona con riesgo de Bartonellosis Si No — Gota Gruesa - Frotis Si No
Si tiene fiebre: Hace cuanto tiempo: ___ Vive o viene de zona con riesgo de Brusellosis Si No — Serología Si No
Si tiene lesión úlcera costrosa: Hace cuanto tiempo: ___ Vive o viene de zona con riesgo de Leishmaniasis Si No — Frotis Si No

6. Riesgo de Tuberculosis Si No Diagnóstico de Riesgo:
Tos x mas de 15 días Si No — Contacto de Tuberculosis Si No — Que tipo: MDR ESTAND. — MDR INDIV.

7. Riesgo de ITS/VIH/SIDA Si No Diagnóstico de Riesgo:
Madre que completo Tto para Sifilis Previa al parto Si No
Madres VIH Positiva previa al parto o Intraparto Si No
Recibido tratamiento Preventivo Si No

8. Riesgo de Violencia o Maltrato Infantil — Diagnóstico de Riesgo
¿Te castiga tu papá o tu mamá? Si No
¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera? Si No
Si las respuestas son positivas, indagar. ¿Desde Cuando? ¿Cuando fue la última vez? ¿Quién? ¿Desde Cuando? ¿Cuando fue la última vez?

Indicadores de Violencia o Maltrato Infantil (marcar un aspa donde corresponda)	FISICOS	PSICOLOGICOS	SEXUALES	NEGLIGENCIA
	Enuresis	Tristeza, depresión, angustia	Conocimiento y conducta sexual inapropiadas	Pobre patrón de crecimiento y ds., carencia de vacunas
	Hematomas y contusiones	Retraimiento, aislamiento	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital	Accidentes y enf. frecuentes
	Cicatrices o quemaduras	Agresividad / pasividad		Fatiga, sueño, hambre
	Fracturas inexplicables	Tartamudeo, llanto frecuente		

9. Riesgo de Malnutrición
Verificar la desnutrición: P/E T/E P/T — Verificar anemia: Resultado de: Hb. / Htc.

EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

NIÑO MENOR DE 6 MESES:
Recibe lactancia materna: Si No — Si recibe LME ¿Cuántas veces al día? — Si No recibe LME, especificar el tipo de alimento:

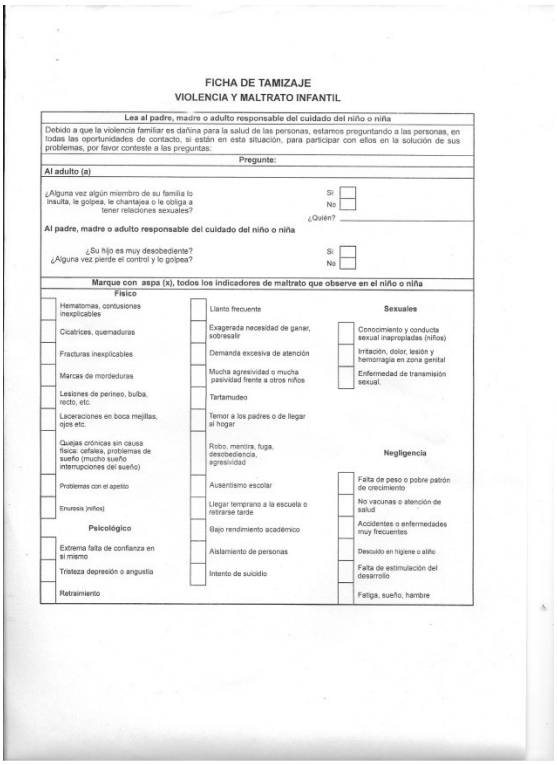
NIÑO MAYOR DE 6 MESES: Recibe alimentación complementaria: Si No — Papilla espesa/pure: — Papilla aguada: — Mazamorras: — Comida de Olla Familiar: — Sopa: — Jugo:

FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN
¿Cuantas comidas come al día? Desayuno Almuerzo Cena Media Tarde
En tu alimentación con que frecuencia come (marcar):

Grupos de alimentos	Rpta.	Grupos de alimentos	Rpta.	Cuando el niño está enfermo:	Si	No
Leche, queso, yogurt		Frutas cítricas		¿Le cambia su alimentación?		
Carne, pollo, higado, otros		Verduras verdes, amarillas		¿Aumenta frecuencia de su alimentación?		
Pescado, conservas, otros		Sal Yodada		¿Toma solo leche materna?		
Menestras		Frituras, bocaditos		¿Le da calditos, sopas y aguitas?		

Escribir D (Diario), I (Interdiario 3-4 veces por semana), S (Semanal), M(Mensual), N (Nunca o esporadicamente)

APELLIDOS Y NOMBRES:
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROFESIONAL: Nº H. CL.



FICHA DE TAMIZAJE
VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL

Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a las preguntas:

Pregunte:

Al adulto (a)

¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales? Si / No ¿Quién?

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

¿Su hijo es muy desobediente? ¿Alguna vez pierde el control y lo golpea? Si / No

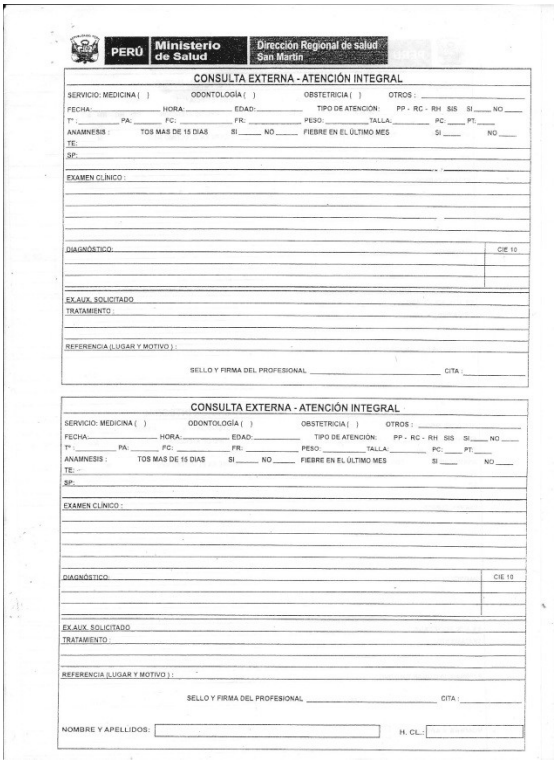
Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña

Físico
- Hematomas, contusiones inexplicables
- Cicatrices, quemaduras
- Fracturas inexplicables
- Marcas de mordeduras
- Lesiones de perineo, bulba, recto, etc.
- Laceraciones en boca mejillas, ojos etc.
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño)
- Problemas con el apetito
- Enuresis (niños)

Psicológico
- Extrema falta de confianza en si mismo
- Tristeza depresión o angustia
- Retraimiento
- Llanto frecuente
- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir
- Demanda excesiva de atención
- Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños
- Tartamudeo
- Temor a los padres o de llegar al hogar
- Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad
- Ausentismo escolar
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde
- Bajo rendimiento académico
- Aislamiento de personas
- Intento de suicidio

Sexuales
- Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital
- Enfermedad de transmisión sexual:

Negligencia
- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
- No vacunas o atención de salud
- Accidentes o enfermedades muy frecuentes
- Descuido en higiene o aliño
- Falta de estimulación del desarrollo
- Fatiga, sueño, hambre



PERÚ Ministerio de Salud — Dirección Regional de Salud San Martín

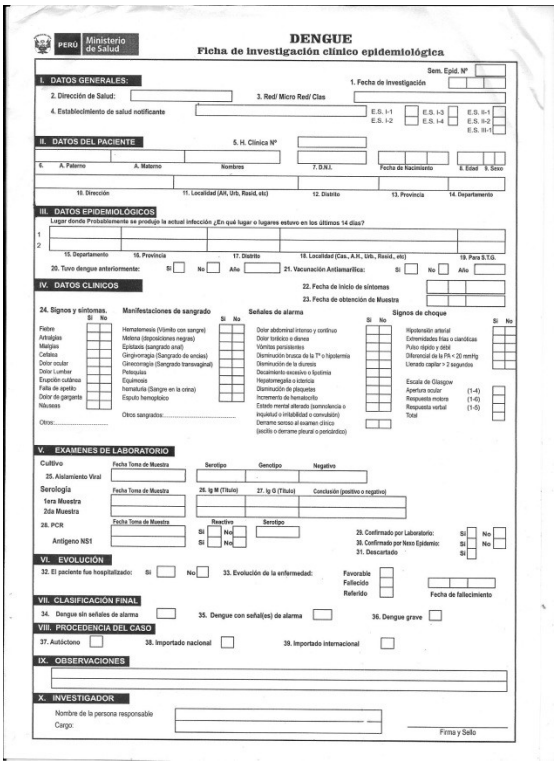
CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

SERVICIO: MEDICINA ( ) ODONTOLOGÍA ( ) OBSTETRICIA ( ) OTROS :
FECHA: HORA: EDAD: TIPO DE ATENCION: PP - RC - RH SIS SI NO
T°: PA: FC: FR: PESO: TALLA: PC: PT:
ANAMNESIS : TOS MAS DE 15 DIAS SI NO FIEBRE EN EL ÚLTIMO MES SI NO
TE:
SP:
EXAMEN CLÍNICO :
DIAGNÓSTICO: CIE 10
EX AUX. SOLICITADO
TRATAMIENTO :
REFERENCIA (LUGAR Y MOTIVO) :
SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL CITA :

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

SERVICIO: MEDICINA ( ) ODONTOLOGÍA ( ) OBSTETRICIA ( ) OTROS :
FECHA: HORA: EDAD: TIPO DE ATENCION: PP - RC - RH SIS SI NO
T°: PA: FC: FR: PESO: TALLA: PC: PT:
ANAMNESIS : TOS MAS DE 15 DIAS SI NO FIEBRE EN EL ÚLTIMO MES SI NO
TE:
SP:
EXAMEN CLÍNICO :
DIAGNÓSTICO: CIE 10
EX AUX. SOLICITADO
TRATAMIENTO :
REFERENCIA (LUGAR Y MOTIVO) :
SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL CITA :

NOMBRE Y APELLIDOS: H. CL.:



PERÚ Ministerio de Salud

DENGUE
Ficha de investigación clínico epidemiológica

Sem. Epid. N°

I. DATOS GENERALES: 1. Fecha de investigación
2. Dirección de Salud: 3. Red/ Micro Red/ Clas
4. Establecimiento de salud notificante E.S. I-1 E.S. I-2 E.S. I-3 E.S. I-4 E.S. II-1 E.S. II-2 E.S. II-3

II. DATOS DEL PACIENTE 5. H. Clínica N°
6. A. Paterno A. Materno Nombres 7. D.N.I. Fecha de Nacimiento E. Edad S. Sexo
10. Dirección 11. Localidad (Alt, Urb, Rasid, etc) 12. Distrito 13. Provincia 14. Departamento

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS
Lugar donde Probablemente se produjo la actual infección ¿En qué lugar o lugares estuvo en los últimos 14 días?
1
2
15. Departamento 16. Provincia 17. Distrito 18. Localidad (Cas., A.R., Urb., Rasid., etc) 19. Para S.T.G.
20. Tuvo dengue anteriormente: Si No Año 21. Vacunación Antiamarílica: Si No Año

IV. DATOS CLINICOS
22. Fecha de inicio de síntomas
23. Fecha de obtención de Muestra

24. Signos y síntomas. Si No
Fiebre, Artralgias, Mialgias, Cefalea, Dolor ocular, Dolor Lumbar, Erupción cutánea, Falta de apetito, Dolor de garganta, Náuseas, Otros:

Manifestaciones de sangrado Si No
Hematemesis (Vómito con sangre), Melena (deposiciones negras), Epistaxis (sangrado anal), Gingivorragia (Sangrado de encías), Ginecorragia (Sangrado transvaginal), Petequias, Equimosis, hematuria (Sangre en la orina), Esputo hemoptoico, Otros sangrados:

Señales de alarma Si No
Dolor abdominal intenso y continuo, Dolor torácico o disnea, Vómitas persistentes, Disminución brusca de la T° o hipotermia, Disminución de la diuresis, Decaimiento excesivo o lipotimia, Hepatomegalia o ictericia, Disminución de plaquetas, Incremento de hematocrito, Edema severo al examen clínico (ascitis o derrame pleural o pericárdico)

Signos de choque Si No
Hipotensión arterial, Extremidades frías o cianóticas, Pulso rápido y débil, Diferencial de la PA < 20 mm/Hg, Llenado capilar > 2 segundos

Escala de Glasgow
Apertura ocular (1-4)
Respuesta motora (1-6)
Respuesta verbal (1-5)
Total

V. EXAMENES DE LABORATORIO
Cultivo — Fecha Toma de Muestra — Serotipo — Genotipo — Negativo
25. Aislamiento Viral
Serología — Fecha Toma de Muestra — 26. Ig M (Título) — 27. Ig G (Título) — Conclusión (positivo o negativo)
1era Muestra
2da Muestra
28. PCR — Fecha Toma de Muestra — Reactivo — Serotipo
Antígeno NS1 Si No Si No
29. Confirmado por Laboratorio: Si No
30. Confirmado por Nexo Epidemio: Si No
31. Descartado Si

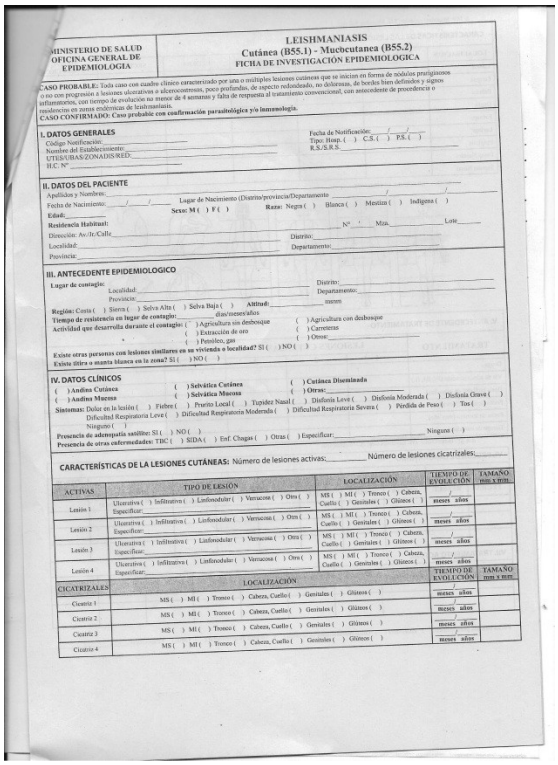
VI. EVOLUCIÓN
32. El paciente fue hospitalizado: Si No 33. Evolución de la enfermedad: Favorable Fallecido Referido Fecha de fallecimiento

VII. CLASIFICACIÓN FINAL
34. Dengue sin señales de alarma 35. Dengue con señal(es) de alarma 36. Dengue grave

VIII. PROCEDENCIA DEL CASO
37. Autóctono 38. Importado nacional 39. Importado internacional

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR
Nombre de la persona responsable
Cargo:
Firma y Sello



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

LEISHMANIASIS
Cutánea (B55.1) - Mucbcutanea (B55.2)
FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CASO PROBABLE: Todo caso con cuadro clínico caracterizado por una o múltiples lesiones cutáneas que se inician en forma de nodulos pruriginosos o no con progresión a lesiones ulcerativas o ulcerocostrosis, poco profundas, de aspecto redondeado, no dolorosas, de bordes bien definidos y signos inflamatorios, con tiempo de evolución no menor de 4 semanas y falta de respuesta al tratamiento convencional, con antecedente de procedencia o residencia en zonas endémicas de leishmaniasis.
CASO CONFIRMADO: Caso probable con confirmación parasitológica y/o inmunología.

I. DATOS GENERALES
Código Notificación:
Nombre del Establecimiento:
UTES/UBAS/ZONAL/DIS/RED:
H.C. N°:
Fecha de Notificación: Tipo: Hosp. ( ) C.S. ( ) P.S. ( ) R.S./S.R.S.

II. DATOS DEL PACIENTE
Apellidos y Nombres:
Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento (Distrito/provincia/Departamento
Edad: Sexo: M ( ) F ( ) Raza: Negra ( ) Blanca ( ) Mestiza ( ) Indígena ( )
Residencia Habitual:
Dirección: Av./Jr./Calle N° Mza. Lote
Localidad: Distrito:
Provincia: Departamento:

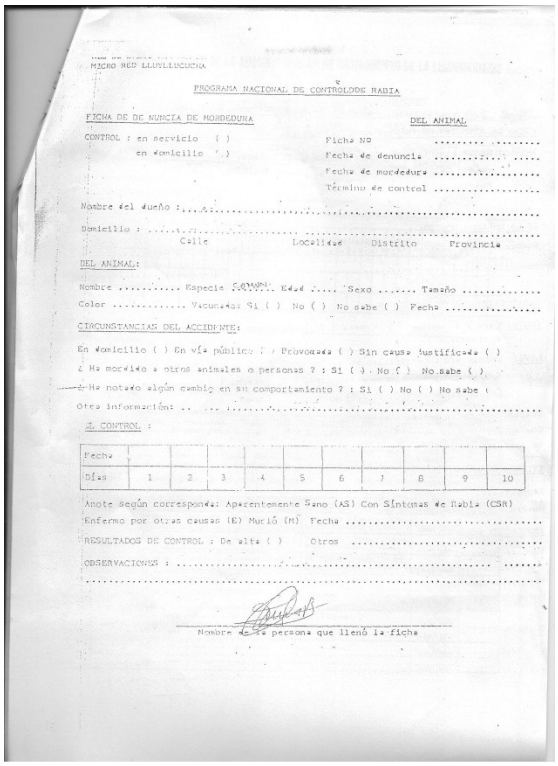
III. ANTECEDENTE EPIDEMIOLOGICO
Lugar de contagio: Distrito:
Localidad: Departamento:
Provincia:
Región: Costa ( ) Sierra ( ) Selva Alta ( ) Selva Baja ( ) Altitud: msnm
Tiempo de residencia en lugar de contagio: días/meses/años
Actividad que desarrolla durante el contagio: ( ) Agricultura sin desbosque ( ) Agricultura con desbosque ( ) Extracción de oro ( ) Carreteras ( ) Petróleo, gas ( ) Otros:
Existe otras personas con lesiones similares en su vivienda o localidad? SI ( ) NO ( )
Existe tilira o manta blanca en la zona? SI ( ) NO ( )

IV. DATOS CLINICOS
( ) Andina Cutánea ( ) Selvática Cutánea ( ) Cutánea Diseminada
( ) Andina Mucosa ( ) Selvática Mucosa ( ) Otras:
Síntomas: Dolor en la lesión ( ) Fiebre ( ) Prurito Local ( ) Tupidez Nasal ( ) Disfonía Leve ( ) Disfonía Moderada ( ) Disfonía Grave ( ) Dificultad Respiratoria Leve ( ) Dificultad Respiratoria Moderada ( ) Dificultad Respiratoria Severa ( ) Pérdida de Peso ( ) Tos ( ) Ninguno ( )
Presencia de adenopatía satélite: SI ( ) NO ( )
Presencia de otras enfermedades: TBC ( ) SIDA ( ) Enf. Chagas ( ) Otras ( ) Especificar: Ninguno ( )

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES CUTÁNEAS: Número de lesiones activas: Número de lesiones cicatrizales:

ACTIVAS	TIPO DE LESIÓN	LOCALIZACIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	TAMAÑO mm x mm
Lesión 1	Ulcerativa ( ) Infiltrativa ( ) Linfoedular ( ) Verrucosa ( ) Otra ( ) Especificar:	MS ( ) MI ( ) Tronco ( ) Cabeza, Cuello ( ) Genitales ( ) Glúteos ( )	/ meses años	
Lesión 2	Ulcerativa ( ) Infiltrativa ( ) Linfoedular ( ) Verrucosa ( ) Otra ( ) Especificar:	MS ( ) MI ( ) Tronco ( ) Cabeza, Cuello ( ) Genitales ( ) Glúteos ( )	/ meses años	
Lesión 3	Ulcerativa ( ) Infiltrativa ( ) Linfoedular ( ) Verrucosa ( ) Otra ( ) Especificar:	MS ( ) MI ( ) Tronco ( ) Cabeza, Cuello ( ) Genitales ( ) Glúteos ( )	/ meses años	
Lesión 4	Ulcerativa ( ) Infiltrativa ( ) Linfoedular ( ) Verrucosa ( ) Otra ( ) Especificar:	MS ( ) MI ( ) Tronco ( ) Cabeza, Cuello ( ) Genitales ( ) Glúteos ( )	/ meses años	

CICATRIZALES	LOCALIZACIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	TAMAÑO mm x mm
Cicatriz 1	MS ( ) MI ( ) Tronco ( ) Cabeza, Cuello ( ) Genitales ( ) Glúteos ( )	meses años	
Cicatriz 2	MS ( ) MI ( ) Tronco ( ) Cabeza, Cuello ( ) Genitales ( ) Glúteos ( )	meses años	
Cicatriz 3	MS ( ) MI ( ) Tronco ( ) Cabeza, Cuello ( ) Genitales ( ) Glúteos ( )	meses años	
Cicatriz 4	MS ( ) MI ( ) Tronco ( ) Cabeza, Cuello ( ) Genitales ( ) Glúteos ( )	meses años	



MICRO RED LLUYLLUCUCHA

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLDDE RABIA

FICHA DE DE NUNCIA DE MORDEDURA DEL ANIMAL

CONTROL : en servicio ( )
en domicilio ( )

Ficha NO .....
Fecha de denuncia .....
Fecha de mordedura .....
Término de control .....

Nombre del dueño : .....
Domicilio : .....
Calle Localidad Distrito Provincia

DEL ANIMAL:

Nombre ..... Especie ..... Edad ..... Sexo ..... Tamaño .....
Color ..... Vacunado Si ( ) No ( ) No sabe ( ) Fecha .....

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:

En domicilio ( ) En vía pública ( ) Provocada ( ) Sin causa justificada ( )
¿ Ha mordido a otros animales o personas ? : Si ( ) No ( ) No sabe ( )
¿ Ha notado algún cambio en su comportamiento ? : Si ( ) No ( ) No sabe (
Otra información: .....

EL CONTROL :

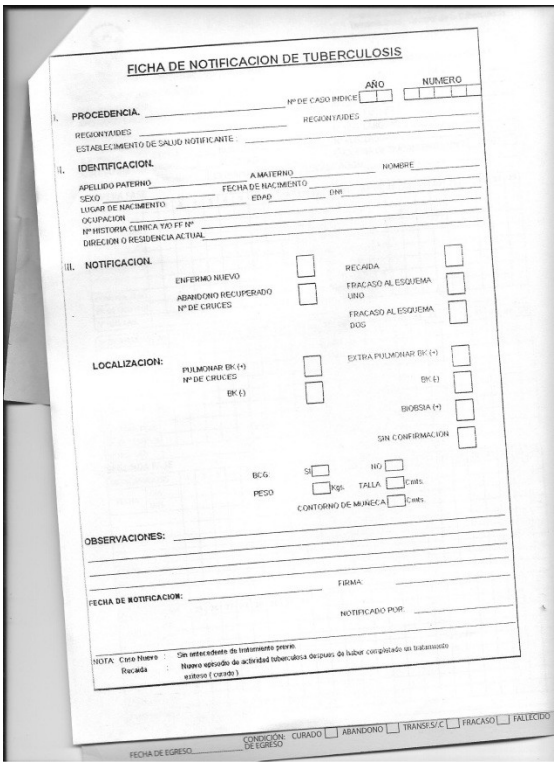
Fecha										
Días	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anote según corresponda: Aparentemente Sano (AS) Con Síntomas de Rabia (CSR)
Enfermo por otras causas (E) Murió (M) Fecha .....

RESULTADOS DE CONTROL : De alta ( ) Otros .....

OBSERVACIONES : .....

Nombre de la persona que llenó la ficha



FICHA DE NOTIFICACION DE TUBERCULOSIS

AÑO NUMERO

I. PROCEDENCIA. Nº DE CASO INDICE
REGION/AUDES REGION/AUDES
ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

II. IDENTIFICACION.
APELLIDO PATERNO A.MATERNO NOMBRE
SEXO FECHA DE NACIMIENTO
LUGAR DE NACIMIENTO EDAD DNI
OCUPACION
Nº HISTORIA CLINICA Y/O FF Nº
DIRECION O RESIDENCIA ACTUAL

III. NOTIFICACION.
ENFERMO NUEVO
ABANDONO RECUPERADO Nº DE CRUCES
RECAIDA
FRACASO AL ESQUEMA UNO
FRACASO AL ESQUEMA DOS

LOCALIZACION:
PULMONAR BK (+) Nº DE CRUCES
BK (-)
EXTRA PULMONAR BK (+)
BK (-)
BIOBSIA (+)
SIN CONFIRMACION

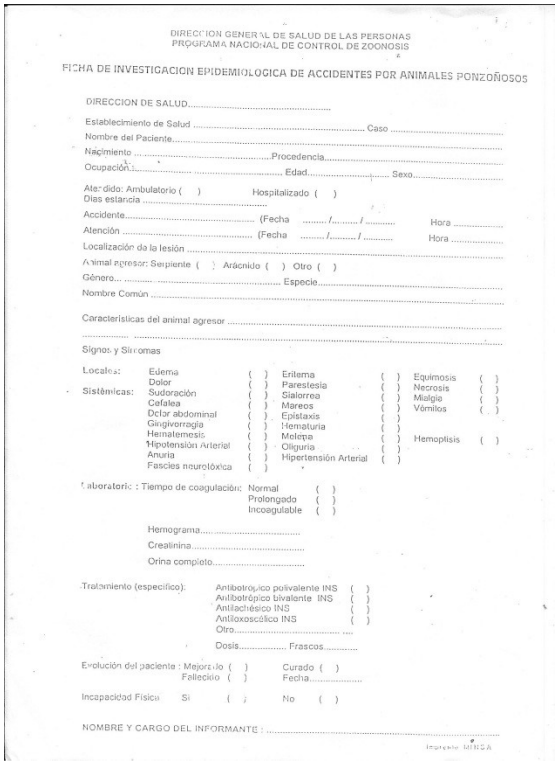
BCG SI NO
PESO Kgs. TALLA Cmts.
CONTORNO DE MUNECA Cmts.

OBSERVACIONES:

FECHA DE NOTIFICACION: FIRMA:
NOTIFICADO POR:

NOTA: Caso Nuevo : Sin antecedente de tratamiento previo
Recaida : Nuevo episodio de actividad tuberculosa despues de haber completado su tratamiento anterior (curado)

FECHA DE EGRESO CONDICIÓN DE EGRESO: CURADO ABANDONO TRANSF/C FRACASO FALLECIDO



DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ZOONOSIS

FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

DIRECCION DE SALUD.....

Establecimiento de Salud ..... Caso .....
Nombre del Paciente.....
Nacimiento .....Procedencia.....
Ocupación.....Edad.....Sexo.....
Atendido: Ambulatorio ( ) Hospitalizado ( )
Dias estancia .....
Accidente.....(Fecha ...../...../..... Hora .....
Atención .....(Fecha ...../...../..... Hora .....
Localización de la lesión .....
Animal agresor: Serpiente ( ) Arácnido ( ) Otro ( )
Género.....Especie.....
Nombre Común .....
Caracteristicas del animal agresor .....
.....
Signos y Síntomas

Locales: Edema ( ) Eritema ( ) Equimosis ( )
Dolor ( ) Parestesia ( ) Necrosis ( )
Sistémicas: Sudoración ( ) Sialorrea ( ) Mialgia ( )
Cefalea ( ) Mareos ( ) Vómitos ( )
Dolor abdominal ( ) Epistaxis ( )
Gingivorragia ( ) Hematuria ( )
Hematemesis ( ) Melena ( ) Hemoptisis ( )
Hipotensión Arterial ( ) Oliguria ( )
Anuria ( ) Hipertensión Arterial ( )
Fascies neurotóxica ( )

Laboratorio : Tiempo de coagulación: Normal ( )
Prolongado ( )
Incoagulable ( )

Hemograma.....
Creatinina.....
Orina completo.....

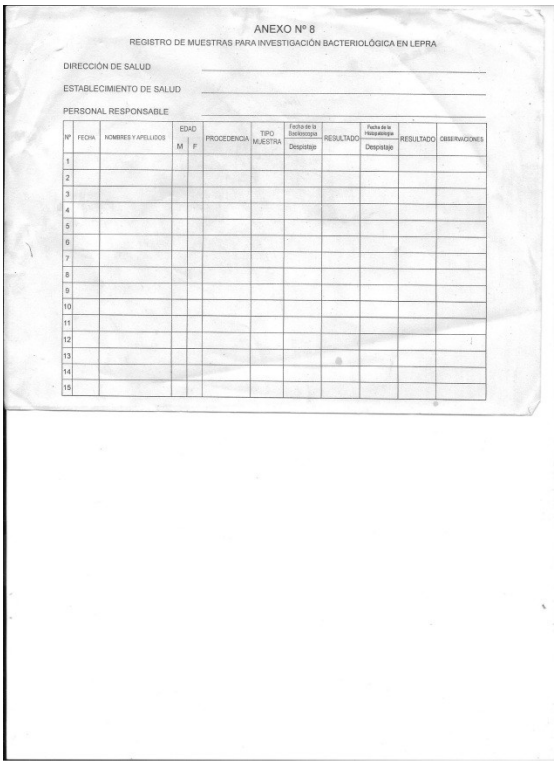
Tratamiento (específico): Antibotrópico polivalente INS ( )
Antibotrópico bivalente INS ( )
Antilachésico INS ( )
Antiloxoscélico INS ( )
Otro.....
Dosis..... Frascos.....

Evolución del paciente : Mejorado ( ) Curado ( )
Fallecido ( ) Fecha.....

Incapacidad Física Si ( ) No ( )

NOMBRE Y CARGO DEL INFORMANTE : .....

Imprenta MINSA



ANEXO Nº 8

REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA EN LEPRA

DIRECCIÓN DE SALUD
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
PERSONAL RESPONSABLE

Nº	FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD M	EDAD F	PROCEDENCIA	TIPO MUESTRA	Fecha de la Baciloscopia Despistaje	RESULTADO	Fecha de la Histopatología Despistaje	RESULTADO	OBSERVACIONES
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											