USAID | PERU | POLITICAS EN SALUD

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

ANNUAL REPORT
October 2011 – September 2012

USAID/Peru/Politicas en Salud

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

October 5, 2012

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.

Annual Report Oct-Dec 2011

Table of Contents

Acronyms ..... **v**

Executive Summary **7**

1. Progress **11**

1.1 Health Sector Governance 12

Strengthen and expand decentralization of the health sector 12

Health sector issues have been debated publicly in the political transition at the national and regional level 12

1.1.1 Support the MOH and regions in adapting to their new roles under a decentralized health sector 13

1.1.2 Develop a regulatory framework for the MOH's new stewardship role 15

1.1.3 Improve capacity of regional and local authorities to effectively and efficiently manage their health systems and programs 15

1.1.4 Continue the decentralization process by extending responsibilities to even lower levels of the political structure. 17

1.1.5 Strengthen intergovernmental coordination mechanisms for health policy 19

1.1.6 Coordinate health providers and user groups' response to reduce gaps in coverage in approved regions 20

1.2 Health Sector Financing and Insurance 20

1.2.1 Ensure health sector resources (regardless of source) are complementary to promote equitable access to health services 20

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 20

1.2.3 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) 21

1.2.4 Design and implement a system for results-based budgeting, to be utilized by national and sub-national health authorities 21

1.2.5 Assess the current system for financing health service provision under decentralization and universal health insurance 23

1.2.6 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 equiment 24

1.3 Health Information 25

The capacity of public health facilities providers to collect, analyze, and use data has been strengthened in six regions 25

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..... 25

1.3.2 Improve data collection methods..... 25

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. 27

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. 28

1.3.5 Support the implementation of regional action plans for the improvement of the performance of the regional HIS 28

1.3.6 Ensure compliance with appropriate national data quality standards, developed with USAID/Peru support, at regional and local levels..... 29

1.4 Health Workforce 31

1.4.1 Build consensus regarding health civil service reform. 31

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 32

1.4.3 Develop competency profiles for health managers at the regional and health network levels..... 37

1.4.4 Develop policies and tools for ensuring continued staffing of health services.. 38

1.4.5 Develop and implement workforce management policies with incentives and salary guidelines in collaboration with the civil service reform process 38

1.4.6 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. 40

1.4.7 Establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards. 41

1.5 Medical Products, Vaccines and Technologies 41

1.5.1 Design and validation of the methodology to plan and forecast needs for pharmaceuticals and supplies in one region 41

1.5.2 Regional plan to improve drug logistics system to ensure the quality and availability of pharmaceuticals has been approved and is being implemented in one region 42

2. Results Reporting Table 43

3. Planned Activities 51

3.1 Outcome 1: Health Sector Governance 51

Activity 1.1: Strengthen and Expand Decentralization of the Health Sector 51

3.2 Outcome 2: Health Sector Financing and Insurance 52

Activity 2.1: Improve Health Coverage of Poor and Vulnerable Populations 52

Activity 2.2: Ensure Efficiency and Equity in Health Resource Allocation 53

3.3 Outcome 3: Health Information 54

Activity 3.1: Strengthen the Capacity to Collect, Analyze and Use Data in the Health Sector 54

3.4 Outcome 4: Health Workforce 56

Activity 4.1: Support the Design and Implementation of a Broad-based System for Planning and Managing the Health Workforce 56

Activity 4.2: Ensure Competency of Workers in the Health Sector 57

3.5 Outcome 5: Medical Products, Vaccines and Technologies 58

Activity 5.1: Improve Capacities and Policies at the National and Regional Levels to Ensure That Medical Products, Vaccines, Contraceptives and Supplies Are Procured, Stored Transported and in Stock at Facilities According to Established Logistics Standards 58

Appendix 1: Design of an Articulated Management Pilot for the Reduction of Infant Chronic Malnutrition in San Martin and Cusco 61

Appendix 2: San Martin Region - Data for calculation of Human Resources requirements 71

Appendix 3: San Martin RHD – Technical Report on Proposal of Staffing for Primary Health Care 83

Appendix 4: Job profiles for human resources management units – Ayacucho RHD 129

Appendix 5: Salary scales for health workers in PHC – San Martin RHD – Valuation of posts 165

Acronyms

ANGR	National Assembly of Regional Governments
APPS	Political Parties Health Agreement
ARF-SIS	Integral health insurance data registry system
CAS	Service Administration Contract
CIES	Social and Economic Research Consortium
CIGS	Intergovernmental Health Committee
DARES	MOH Procurement of Strategic Resources Directorate
DCI	Infant/Child Chronic Malnutrition
DGIEM	MOH General Directorate of Infrastructure, Equipment and Maintenance
DGSP	MOH Persons-Health General Directorate
DO	MOH Decentralization Office
FISSAL	Intangible and solidary health fund
FP/RH	Family Planning and Reproductive Health
HIS	Health information system
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
NGO	Non Governmental Organizations
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
PIA	Initial Budget
PMI	Health Investment Multiannual Plan
PpR	MEF Results Based Budget
PROCAP	
REMURPE	Network of Rural Municipalities of Peru
RG	Regional Government
RHD	Regional Health Directorate
SEM	Emergency and inpatient data registry system

SERUMS	Rural Health Civil Service
SERVIR	National Authority of Civil Service
SHOPS	Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project
SIGA	MEF Integrated System for Management
SIP 2000	Maternal and child data registry system
SIS	Public Health Insurance
SISMED	Pharmaceuticals logistic management system
SMN	Results Based Budget Maternal Health Program
SUNASA	Supervisory Agency of Health Services
TOC	Theory of Constraints
UPPS	Production units of health services
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.

This year started with the revision of the Project work plan and on-going activities, after the inauguration of a new national government and the analysis of the political context. The year ended with the appointment of Ms Midori de Habich, former COP of the Project, as the new Minister of Health.

During the year, the Project strengthened its relationships with the different MOH areas: Persons-Health General Directorate (DGSP), Decentralization Office (DO), Planning and Budgeting General Office (OGPP), Statistics and Informatics General Office (OGEI), Human Resources Development General Directorate (DGRH) and Human Resources General Office (OGRH). Moreover, close working relationships and coordination were also built with the Ministry of Social Development and Inclusion (MIDIS) and the Ministry of Economics and Finance (MEF). Both ministries are currently supporting a regional pilot being implemented by the Project in San Martin to improve planning and budget formulation related with national health priorities, with the purpose to increase transparency and predictability in the allocation of public funding to the regions.

During the year, the Project's work in Governance addressed its technical assistance to the MOH DO in support of the Intergovernmental Health Committee (CIGS). At the regional level, the Project continued providing technical assistance to the Regional Government (RG) of San Martin in the design and preparation of the conditions to start the Regional Program to Improve Child Nutrition (PAIMNI). In a first moment, the Project identified the constraints that limit the implementation of PAIMNI, and moreover, validated these constraints in three regions. In a second moment, the Project provided technical assistance to the RG in order to improve the organizational and administrative mechanisms to manage the PAIMNI, designed the operational guidelines to manage health services, focused in the provision of effective interventions, and strengthened a core team of health professionals for the provision of effective interventions. One of the identified constraints was translated into a strategy to follow up the cohort of pregnant women and new born on an individual base that is going to be tested in two micro networks of San Martin, and is being monitored by MIDIS for its expansion to other regions.

The Project also conducted a rapid assessment of the unique experience of Huancavelica decentralized into management offices at the province level, which have the responsibility of the administration of all sectorial units in charge of services provision at local level. This activity was coordinated with USAID Pro Decentralization, for a collaborative work. Additionally, the PROCAP Index -a tool for measuring performance, capacity and sustainability of NGO developed by SHOPS- was adapted for the assessment of a public Health Network's functioning.

In this period, the Project finished the technical assistance to the Health Agreement Political Parties (APPS) after 7 years of technical assistance, closing the 2010-2011 cycle of policy dialogue and defining the contents of the new cycle for the period 2012-2013. The Project also concluded the technical assistance to Huanuco and Apurimac, and closed the office in Ucayali; with the presentation to regional authorities of the last products prepare to support the regional strategy for the reduction of infant chronic malnutrition.

Within the Financing component, the Project finished the review and consistency of the Health Insurance Essential Plan (PEAS), completing 100% of the revision. This revision is consolidated in a handbook which includes the clinical variants, medical procedures and drugs related to the 140 medical conditions of the PEAS.

At the request of the MOH, the Project articulated the methodology of Multiannual Investment Planning (PMI) with the strategy that identifies strategic health facilities in nine Regions. Based in the PMI, some MOH parameters were also updated, as the portfolio of health services, the cadre of production units of health services (UPSS) and the medical procedures. The PMI was finished in San Martin and initiated in Ayacucho, where the MOH will assess the complementarily of this investment methodology with the one that defines functional health networks. Final estimations of the investment needs in San Martin to implement the regional program for the reduction of chronic malnutrition were already presented and are being used to negotiate with MEF additional funds to improve regional health infrastructure.

In the area of health information systems (HIS), the last year was marked by the increased dynamics of the GalenHos implementation process. Two regions, San Martin and Ayacucho, started an accelerated implementation at the first level of care. In Ayacucho, GalenHos has already been installed in four networks` health facilities, including 4 provincial hospitals. Key staff of these facilities is receiving onsite training and continued supervision. In San Martin, the installation of GalenHos has been limited by the availability of equipment, network installation and access to internet. To overcome this barrier, the RG has prepared a project to obtain from USAID the required equipments and information technology strengthening. At the national level, new relationships established with the Public Health Insurance agency (SIS) and the Supervisory Agency of Health Services (SUNASA) opened a window to expand the use of GalenHos for health insurance reimbursement to public facilities, and its use for reimbursing high cost diseases. Moreover, a very fluid working relationship has been restarted with the MOH and SIS, which will likely lead to a new and integrated modus operandi for information management at the provider level. In a similar way, working meetings were restarted with the IT Committee of the National Health Council, with the project providing technical assistance to this specialized work group.

The Project´s work in health human resources (HHR) was focused in the validation of the software to calculate human resources gap and in the provision of specific technical assistance to three regions based in the analysis of the HHR management system. The calculation of the gap continued in San Martin and was initiated in Ayacucho. Also in Ayacucho, the Project provided technical assistance to the RG in the definition of the competencies profiles for human resources management, based in the processes and functions defined by the system.

There was an important progress in implementing the methodology of calculation of requirements and needs of human resources for the primary care level, based on potential demand. Important results on the HHR gaps were presented in Ayacucho and San Martin. These regions have finished the collection of information to complete the analysis for all their micro-networks, given the decision that personnel allocation can be done at that level. Ayacucho started to implement its approved salary scales, and a different scale is being prepared for San Martin.

The logistic component of the Project provided limited technical assistance to Ayacucho, San Martín and Ucayali, prioritizing the processes of estimating the needs of pharmaceutical products and medical supplies and management of procurement processes. In San Martín, the Project continued the validation and implementation of its manual of supply for medical products and supplies, with emphasis in the distribution. In Ayacucho continued providing technical support for the implementation of the joint purchase of medical products and supplies.

By the end of July, the national government appointed a new Minister of Health, who prioritized some health areas and activities. The chart presented below establishes the linkages between the MOH policy priorities and the Project on going activities.

MOH Policy Priorities (*)		Health Policy Project Activities
Priorities	**Activities**	
Primary health care and improvement of population access to health services	1. Strengthen primary health care investing in 740 health facilities, in alliance with the regional governments	**Health Financing**: Multiannual investment planning (PMI), guidelines and application; new technical norms of infrastructure and equipment; expansion of PMI application to national level strategic facilities
	1.1 Progressively close the human resources gap for primary health care, in accordance with investment plans	**Health Human Resources:** Decentralized management system of human resources; identification of human resources gap at the first level of care
	1.2 Salary incentives and staff appointment for health care in most remote and frontier places	**Health Human Resources:** Methodology for salary scale proposal
	1.3 Strengthen the strategy for mobile healthcare of dispersed population	
Access to specialized services	2. Implement the National Plan for cancer integral care (Plan Esperanza)	**Financing and Health Insurance**: Benefits plan: clinical variants, medical procedures, costing using ASEGURA software.
		Health information: Expand the use of GalenHos for the reimbursement of health attentions

	2.1 Extend specialized outpatient care in the capitals of provinces and regions with higher demand	
	2.2 Unlock legal restrictions on more efficient use of specialized health professionals available at the MOH, EsSalud and RG	
Health Financing	3.1 Organize specialized outpatient services combining fixed and mobile offering supply, developing alternative staffing specialists for regions	**Health information:** Expand the use of GalenHos to record and report health services
	3.2 Extend the signing of agreements for capitated payment for primary care	**Financing and Health Insurance** : Improve budget management at the regional level
	3.3 Progressive implementation of mechanisms of exchange and purchase of specialized services through the SIS and FISSAL	**Health information:** Expand the use of GalenHos to record and report health services
Strengthen MOH stewardship capacity	4.1 Adapt the organization to the new institutional roles to improve the performance of the sector steering	**Health Governance:** Evaluation of the exercise of decentralized functions
	4.2 Strengthen the areas of planning and policy formulation, monitoring and evaluation and data analysis	
	4.3 Fortalecer el SIS y la Superintendencia nacional de Salud (SUNASA)	**Health information:** Expand the use of GalenHos to record and report health services

(*) Based in the presentation of the Minister of Health to the members of the Intergovernmental Health Committee

1. Progress

During this year, the Project trained and/or provided technical assistance to 3,295 participants who attended to our workshops and technical meetings (Table 1). The training activities under the financing component, that link the MOH strategy to strengthen selected health facilities with the multiannual investment methodology, concentrated the largest percentage of participants. More specialized activities were organized under the governance strategy for the reduction of chronic malnutrition, plus the components of health information and human resources, which were mainly set through technical workshops addressed to regional health officials.

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

Region	Number of participants			Percentage
	Women	Men	Total	
Governance – Malnutrition reduction program	476	510	986	30%
Financing	427	517	944	29%
Information	208	367	575	17%
Human Resources	247	298	545	17%
Logistics	107	138	245	7%
Total	1465	1830	3295	100%

Project activities were mainly implemented at the prioritized regions, with 83% of the total number of participants (Table 2). The largest number of participants was concentrated in San Martin where the Project concentrated the activities of the five components, under the regional strategy for the reduction of chronic malnutrition.

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

Region	Number of participants			Percentage
	Women	Men	Total	
Lima - Other Regions	204	345	549	17%
Ayacucho	333	614	947	29%
San Martín	762	772	1534	47%
Ucayali	166	99	265	8%
Total	1465	1830	3295	100%
Percentage	44%	56%	100%	

In the Project activities, the gender balance was not quite good, with a 56% presence of men and 44% of women. This unequal balance was notorious in Ayacucho because of the regional emphasis in information systems, where training activities were mainly addressed to informatic technicians, most of them men.

1.1 Health Sector Governance

Strengthen and expand decentralization of the health sector

Health sector issues have been debated publicly in the political transition at the national and regional level

During this year the Project culminated the technical assistance to the Political Parties Health Agreement (APPS), after 7 years of support and facilitation supported by USAID / PERU through different projects, in alliance with the National Democrat Institute (NDI) and the Social Economic Research Consortium (CIES).

Regarding the closing of the technical assistance, the following activities were done:

a) The completion and presentation of the systematization of this experience.

b) The final subscription and presentation of the political agreements on ***non-transmissible diseases*** and ***decentralization in Metropolitan Lima***.

c) The election of a new APPS Coordinating Committee and the definition of priority actions for 2012.

The presentation of the systematization was received with great interest by the political parties. It identified the factors that contributed to the APPS 6-years continued experience: the political will of the political parties' representatives, the existence of clear consented rules, the methodology for consensus building, and the neutral facilitation made by the partners -the Project included.

The systematization also made specific recommendations to strengthen the APPS: the need to articulate the APPS to a space or institutionalized political dialogue initiative, to develop an ad-hoc project that shall support the core facilitation to ensure neutrality and promote continuity, to strengthen the representativeness of the participants, to generate public visibility of the group, and to strengthen interaction with their parliamentary representatives and particularly with the Congress Health Committee.

The presentation of the political agreements on Non Transmissible Diseases and Decentralization in Metropolitan Lima was done in a public act with the representatives of the Municipality of Lima and the National Accord[1].

[1] A consensus building instance of political parties and civil society organizations installed more than 10 years ago.

The election of a new Coordination Committee, chaired by the representative of the current government party, was done in November. In the following months, the political parties appointed their party representatives to the APPS, stating their interest in the space and strengthening the representation with a team of at least three technical members.

The Project assisted the new APPS Coordinating Committee in the elaboration of a work plan and a preliminary agenda through a virtual consultation with the different political groups. The main lines of work for the years 2012-2013:

- Develop a new round of dialogue and political consensus on health, prioritizing the issues set by the new national government.
- Implement an ongoing coordination with the Congress Health Commission around their health agenda.
- Propose the National Agreement to have the APPS as a specialized political forum on health.
- Develop and manage an ad-hoc project for funding and technical support of APPS.
- Resume work with youth of political parties for the development of a cycle on youth health.

Finally, to close the technical assistance, the Project made the documentary transference to the Coordinating Committee, including both physical and electronic versions, documents and technical presentations made since 2005, video and photographic records.

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

During this year, the Project provided technical assistance to the RG of San Martin and Huanuco in adapting to their new roles under decentralization, and conducted a rapid assessment of the sub-regional organization model implemented in Huancavelica.

In **San Martin**, the Project provided technical assistance to the RG in the implementation of the new organization of Health Networks, which organizational bylaw was approved in September 2011. The main recommendations of the Project were to appoint a management team in charge of leading the implementation process, elaborate a communicational plan for the Health Network personnel, and strengthen the Health Network that functions as executive budgetary unit and the organization of its Micro Networks.

The Project also gave technical advice to the RHD in the revision and update of the reorganization plan, which faced serious difficulties during its implementation because the office has to move from Tarapoto to Moyobamba. This situation has slowed again the reorganization process, reducing the operative capacities of the Executive Office of Health Care. Additional technical assistance was given in the formulation of RHD Personnel Assignment Roster and its correspondent Labor Position Index. This proposal is under revision because of the RG reorganization process which would imply the elimination of all support and advisory organizational branches of the RHD.

In **Huánuco**, the Project received a request of technical assistance from the RHD aimed at: a) Revise the RHD organizational bylaw; b) Organize its Health Networks and Micro

Networks; and c) Give a technical opinion of the new Health Networks and Micro Networks delimitation approved by the RG. To answer to this request the Project made a rapid institutional diagnosis, with the purpose of identifying the main organizational problems to be tackled by the Director. The diagnosis, presented in January 2012, identified the main institutional problems, its solving alternatives and Project's recommendation.

As a consequence, the project prepared a technical report of the analysis of the new RHD organizational By-law . This report identified specific adjustment recommendations aimed at the simplification and adaptation of the RHD organizational By-law for the better accomplishment of its institutional goals, but maintaining the RHD basic organizational structure and formulating a better functions identification of RHD organizational units.

The technical assistance for the organization of the Health Networks and Micro Networks started, but had to be cancelled because of project budget constraints.

In partnership with USAID/ProDescentralization, the Project conducted a rapid assessment of the implementation process of the Sub-regional Management Offices of **Huancavelica**. The purpose of this study was to contribute to the empirical knowledge of the institutional reform processes of the regional governments, draw lessons learned and provide basic guidelines and recommendations for application in other regions and the adequacy of the public administrative systems. The analysis focused in the study of the health sector performance. The main conclusions of the assessment are:

1. The reform has been complex and has included three components that should comprehend the reorganization of the regional governments: Incorporation of the sector directorates to the executive instance of the government, decentralization of the public services management, and reorganization of the budget execution units in the region.

2. The biggest problem was the limited planning without a comprehensive institutional diagnosis, insufficient in their organizational design and a improvised, shortly participative and vertical implementation.

3. The main positive effect has been the improvement of public services provision, despite the initial implementation of the sub-regional offices, due to the unavailability of budget, shortages in the labor market and low remunerative levels.

4. It raised a single organizational model for all provinces without considering their differences in population size, operation scale levels and initial capacities. The data show variations in these scale levels, especially in the less populated provinces, indeed does not incorporate criteria for allocation of public budget based on population.

Among the main recommendations are:

1. The regional governments' reorganization requires the flexible use of organizational rules; adaptation is desirable.

2. A reform requires a progressive and detailed design by stages, and building institutional capacity. Change planning should consider the adequacy of processes, organizational culture and systems of human resource management.

3. To adapt to the decentralization process, it is recommended to review the procedures of the administrative systems of governance.

4. The sectorial steering needs to be built based on the technical-regulatory capability and administrative control of resources.

5. No single recipe is suitable for local managers on mechanical application throughout the country, especially in smaller provinces.

This study was presented to a group of public sector experts, and national experts in organizational redesign and decentralization, including officials from the Ministry of Economy and Finance (MEF), Ministry of Health (MOH), Ombudsman's Office, National Assembly of Regional Governments (ANGR), the Network of Rural Municipalities of Peru (REMURPE).

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

During this period, the Project analyzed an assessment tool for the private services sector (PROCAP) to explore its adaptation to public services. It is an assessment tool of NGOs focused on three pillars of performance, capacity and sustainability: financial strength, program performance, and organizational development. It was developed by Abt Associates under the project Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS).

Its application to public health networks required to make some adaptations, among which are:

- Refocus the program performance evaluation of the relevance, efficiency and effectiveness of interventions, in addition to the coverage of care related to health priorities.
- Refocus the analysis on the financial aspects of corporate performance rather than sustainability.
- Provide a sampling frame for users' surveys, to the extent that the public networks have a caring capacity more dispersed than NGOs.

A potential contribution of this tool is to enable rapid assessment of the institutions providing health services, identifying their skills and areas of improvements from the perspective of management.

1.1.3 Improve capacity of regional and local authorities to effectively and efficiently manage their health systems and programs

The reduction of chronic malnutrition among children less than 5 years is a national health priority, shared by the Regional Government (RG) of San Martin, and a good example of how a national priority can be managed at the regional level, in this case thru the Regional Program for the Reduction of Chronic Malnutrition (PAIMNI). During this year, the Project worked in the design of the conceptual framework of decentralized management, identifying the main constraints at the regional and operational levels,

To identify these restrictions, the Project explored methodological tools and with the support of a local consultant, applied a systemic approach with emphasis in the Theory of Constraints (TOC). The methodology was enlightening developed as a new way to

understand health services in terms of support to the behavior of the mother's experience of protecting the child from the risk of malnutrition. To support the theoretical exercise, it was necessary to conduct the following validation and feedback activities:

a) Workshops with the staff of San Martin micro networks to validate the constraints identified as part of the exercise applied to PAIMNI and prioritize the key attributes that are indispensable for an optimal design.

b) Technical meeting to present the results of the workshop to PAIMNI managers in the Regional Government, the RHD Director and his management team. After defining a list of restrictions, they were categorized either as internal restrictions (likely to propose solutions within the framework of the regional authority) and external (whose solution is beyond the scope of the regional authority).

c) Technical meeting between the Regional Government (RG) authorities and the Ministry of Social Development and Inclusion (MIDIS). Recognizing the relationship and interdependence of the RG with the national authority to implement decentralized management, and the interdependence between different actors within a territory, the MIDIS was identified as a key actor to channel and make arrangements to address some external constraints, such as the information systems of social policy beneficiaries. A collaboration agreement was signed between the Region and MIDIS.

Based on the experience of identifying constraints in San Martin, the Project made a series of consultation sessions with regional experts of La Libertad, Piura and Ayacucho. The result is a list of common constraints, classified into internal and external. The list below shows the identified constraints:

Internal constraints	External constraints
• Access to health care with competent professionals • Access to laboratory services • Access to diagnosis, treatment and monitoring of underweight, malnourished or anemic pregnant women or children • Availability of micronutrients, medicines and critical supplies • Health care: antenatal care, delivery and newborn care, postnatal care and family planning services, healthy child care, sick child care • Promotion and education on healthy practices • Pregnant women and children who do not access services spontaneously • Use of information system for monitoring	• Cumbersome rules and procedures of a centralized budget • No salary policy associated with experience, meritocracy, knowledge, location and performance • Parents or representative approval for adolescents access to counseling on sexual education and family planning methods • Absence of a longitudinal tracking system of care in order to monitor the level of effective protection • Insufficient knowledge / rigorous evidence of interventions to increase childcare skills of families • Ineffective antenatal care to monitor the health of pregnant women • Low coverage of water and sanitation

and assessments • Distribution of nutritional porridge, food baskets and nutritional supplements	services in areas most affected by child malnutrition

To implement the agreements on restrictions that limit the regional management of child malnutrition, the presidency of the National Assembly of Regional Governments (ANGR) requested the technical assistance of the Project to develop an **agenda of constraints and an initial proposal of solutions**. For this purpose, the Project developed a plan which was approved by the ANGR, to develop an agenda in consultation with experts from regional and national governments.

For this purpose, has supported the ANGR for developing a work plan with MIDIS to foster this process. The proposed phases of the plan are:

• Phase I: validation of found restrictions and general measures to overcome them

• Phase II: development of specific solutions, goals to achieve and responsible actors.

Under the call of the ANGR, the project held a meeting with national experts from different fields of public administration that aimed to:

1. Present the progress made in the agenda of regional management constraints for the reduction of child malnutrition, and
2. Gather inputs from national experts, and recommendations about the approach to face restrictions.

The experts that participated in this meeting have both technical expertise on the subject and the capacity to advocate that restrictions should be part of a broader agenda of dialogue and consensus seeking resources to further study how to overcome or develop solutions.

To date, field validated material of the restrictions analysis, is being consolidated in a final report that includes the expert meeting held in Lima.

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

During this year, the Project provided technical assistance to San Martin RG in the preparation of the starting points to launch PAIMNI. Specific technical assistance of the Project included the following activities:

I. Rapid diagnosis of health facilities conditions to start the program:

a) Estimation of the minimum staff requirements in the health facilities within the program area,

b) Estimation of the purchase requirements of micronutrients for year 2012,

c) Identification of the equipment requirements for the Tarapoto Regional Hospital, as the main health facility for the attention of pregnant women and new born.

II. Elaboration of the operational guidelines for the implementation of effective interventions at the health facilities

III. Elaboration of the Program operations manual

IV. Training sessions addressed to health facilities personnel in effective interventions related with delivery, new born and healthy children care, as well as counseling in breastfeeding and introduction of complementary food.

The operational guidelines for the implementation of effective health interventions were validated in a clinical training workshop, in the health micro-networks of Soritor and Jepalacio and with the RHD management team, in order to generate the local regulations for its implementation in services. These guidelines identify effective interventions and care procedures associated, as well as implementing agencies and levels of responsibility.

Chapter I present the scope of the document and its implementation. Chapter II is a description of the subcomponents of the health component of the program PAIMNI and indicators of outcomes sought services level. Chapter III presents the detailed arrangements of the organization of San Martin region to implement the health component PAIMNI and Chapter IV presents the specific arrangements for the implementation of the subcomponents mentioned above. By midyear, the guidelines were distributed in all health facilities of the 37 prioritize districts where the RG is implementing PAIMNI.

The Project has also provided technical assistance to the RHD in the development and implementation of a check list to monitor the availability of the minimum requirements for the provision of effective interventions at the operational level, represented by the health facilities. The checklists should be seen as a guide, meaning that the activities should be adapted to the conditions of the health facility and its environment, since several of the items set forth herein apply to first level of care facilities, including those assisting births, rather than the more complex. This list is intended to help regional managers to identify if effective interventions are being implemented and what needs to be done to improve them.

Other activities addressed the strengthening of a core team of professionals in charge of the provision of effective interventions, and also the identification of gaps such as the required equipment and the availability of supplies and key medicine products for service delivery, with the attributes that make effective an intervention.

The region required the Project technical assistance for the design of the logical model supporting PAIMNI, to be included in the technical document for funding request to USAID. It was elaborated with the RG and RHD authorities and was approved by regional authorities and USAID representatives and partners.

Additionally, the region requested Project technical assistance to the RHD for the design and implementation of a pilot experience to improve the longitudinal tracking of pregnant women and children under 5 years in Jepelacio and Soritor micro-networks. The longitudinal monitoring system is a central component of PAIMNI strategy, which seeks to identify and follow up the new cohort of children born in 2012, in order to protect children from the risk of malnutrition and take the corrective actions when a child enters into the area of risk.

To this end, in Jepelacio and Soritor, the Project installed the program GalenHos and is building a database with the names of pregnant women and children, while organizing the processes of adscription and mapping of the population, to assign responsibilities to local level and health care providers.

During the first semester, the Project also provided technical assistance to Ucayali RG to implement a similar experience as the one being implemented in San Martin.

Based in the rapid diagnosis conducted in late 2011, the Project elaborated an implementation plan presented to the RG authorities. The tasks arising from this meeting were:

a) Estimation of the density index of human resources in priority districts for the implementation of effective interventions
b) Estimated total and unit costs for the implementation of effective interventions
c) Evaluation of the available budget to implement effective interventions based in the analysis of the regional Initial Budget (PIA 2012)

Last activity in Ucayali was a presentation of the results of the qualitative study about mothers` perceptions related to the implementation of effective interventions for reducing DCI. It was also presented the information about costs and budget evaluation of the strategic programs related PAN and SMN, securing the financing for effective interventions related to health services.

1.1.5 Strengthen intergovernmental coordination mechanisms for health policy

The Project provided technical assistance to the MOH Decentralization Office until the first quarter of this period, and participated in all of CIGS meetings during the year. The November CIGS meeting was to introduce the CIGS' organization and functioning to the new MOH authorities and to elaborate its 2012 work plan. The main agreements of this meeting were:

- To agree on a work plan for the formulation of a decentralized national health budget,
- To encourage coordinated health promotion activities between regional and local governments.
- To approve the 2012 CIGS' wok plan. This included the elaboration of a methodological proposal to address human resources problems, the revision of the health monitoring and evaluating tool (MED); and the strengthening of investments, financial management and budget programming.

In January 2012, the CIGS meeting has an agenda focused on human resources management. The subjects raised were mainly the regional transference of the Health Rural Civil Service (SERUMS) management and the medical specialization education.

The Project prepared a systematization of the CIGS' organization and functioning during the previous years, in order to make a balance of the improvements of intergovernmental coordination.

1.1.6 Coordinate health providers and user groups' response to reduce gaps in coverage in approved regions

The Project conducted a qualitative study of pregnant women and mothers´ perception regarding service provision of effective interventions in San Martin and Ucayali. The process of identifying restrictions has made it clear that it is important to know the perspective of the mother to make services more effective in their role of supporting healthy practices, such as the demand and use of health services. For this fieldwork was conducted in the first quarter of 2012 through five focus groups with mothers and health personnel in each region.

The report on results and recommendations were presented to both regional health management teams.

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

During this year, the Project finished -with the technical team appointed by the MOH DGSP- the review and consistency of the Health Insurance Essential Plan (PEAS), completing 100% of the revision. To this end, the Project carried out technical meetings with MOH staff to identify alternatives of clinical management schemes for each health condition of PEAS.

This work included the validation and revision of 1377 medical variants for 140 conditions of the PEAS, already consolidated in a handbook addressed to health providers and financers to understand the usefulness of the health benefit plan and its application. Additionally, this handbook has a CD to visualize each health condition, the set of clinical variants related to this condition and the medical procedures and drugs related to them.

The revision of medical procedures in each of the clinical variants was related to the level of care of health facilities, which is a key input for the development of investment planning. The planning is based on this information to estimate both the potential demand for services and gaps in supply. Therefore, it is required to define the clinical variants to estimate the coefficient of use of each of the medical procedures included in the PEAS. This is the next step in the Project technical assistance.

To date, it is still pending the publication of the documents by the MOH.

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

During the year, the Project concluded two documents that analyze financial issues related with the allocation of funds to the decentralized government levels:

The analysis of the absorption capacity of public health resources, noted that the problem depends not only in the amount of budget but in how this resource is allocated. The evidence shows that in recent years the allocation has been skewed to investment in

infrastructure and this alone does not contribute to expanding the supply of services that the population demands.

The analysis of the allocation of health resources established explicit criteria to guide decisions on how to distribute the budget among the regions and distinguish between current and capital expenditures in individual health. These criteria looked for improvements in the equity and efficiency of the geographical allocation of resources, with emphasis in the ability of regional governments to produce benefits to their respective populations.

Both analyses were discussed with different stakeholders and the MOH OGPP, providing this team with some recommendations to improve the rate of allocation that they were considering to use for the distribution of the 2012 additional budget.

1.2.3 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).

Modifications in the disease and demographic profiles, alongside changes in the dynamics of the Peruvian labor market and income distribution will modify the financial requirements to cover the health needs of the Peruvian population. No progress has been made under this activity line, although the Project will continue advocating with the MOH DGSP and SIS for the allocation of resources needed to develop the health risks models required to forecast the financial requirements of long-term health insurance.

Ensure efficiency and equity in health resource allocation

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

Given the importance of implementing the regional program for the reduction of children malnutrition in San Martin, this component assessed the regional capacity for budget execution and implementation. The analysis showed low levels of performance and spending in products and activities of the strategic programs related to malnutrition. When disaggregating the analysis by executing unit, products, services and "generic spending", it showed a funding gap (estimated in 10 million soles) and disorder in the budgetary allocation, which partially explains why results are not being achieved.

This implied the need to review the process of budget formulation of the current strategic programs (PAN and SMN) and review the adequacy of the use of results based budget (PpR) tools such as SIGA-PpR or the data cubes elaborated by the MEF.

The Project team including the regional advisors of San Martin and Ucayali also provided technical assistance to San Martin and Ucayali in the budget programming processes for 2012 and 2013, as well as for the alignment of policy objectives –reduction of infant malnutrition- with the additional resources provided by the MOH to the regions.

Given the stewardship roll in the reduction of child chronic malnutrition (DCI) assumed by the Ministry of Social Development and Inclusion (MIDIS), the Project presented to MIDIS Vice Minister the results of the monitoring of the regional process of programming and budget formulation of the nutrition (PAN) and maternal and neonatal health (SMN)

programs. The field observation of the process reveals that the phases of budget programming and formulation have several problems to be fixed:

- The decision process on outcome goals is not clear or explicit. Someone at the system defines results, which are not identified by those responsible of the area. In general, the rules and the procedures for setting goals and costing products are unclear. Therefore, there is a budget negotiation process for results.
- The computer system that records the inputs of the budget execution units is a blind screen, where entry values of the goals at the input level cannot be observed.
- The programming process is not related to the actual process of budget formulation (marked by the historic budget), or with the allocation of additional resources based in the MOH criteria.
- The time it takes for managers to update the system data is very large and low productively.

Faced with these findings, the MIDIS decided to promote the design and operation of a pilot experience in two selected regions (San Martin and Cusco) where the different sectors and governmental levels convene in a coordinated and decentralized management for the reduction of child chronic malnutrition. For this purpose, the Project worked with MIDIS in the elaboration of the pilot proposal and participated in the discussion meetings with the Ministry of Economy and Finance (MEF) and the Ministry of Health (MOH).

This initiative recognizes that the national effort to link budget to results requires to be sustained and strengthen, similarly to the decentralization process, which assigns the responsibilities of government and service management to regional governments. In this context the MIDIS assumes stewardship over a set of results and multi sectorial approach involving:

- Funding for related budget programs.
- Sectorial concordance on technical guidelines for planning effective interventions to reduce malnutrition, and
- Coordination of actions in specific territorial areas where there will be the implementation of effective interventions related to health, water and sanitation, as well as Juntos and Cuna-Mas programs.

In this context, it is necessary to test explicit mechanisms to operate the coordinated management in a context of decentralization, which includes the multi sectorial and territorial articulation processes, budget allocation and the implementation of the effective interventions for reducing child chronic malnutrition.

Initial steps were defined as:

- Ensuring funding for the pilots (July 2012 - August 15).
- Refine the programming process and formulation (August-December).
- Pilot design (August-December 2012).
- Implementation and monitoring of the pilot (January-December 2013).

- Evaluation of the pilot (October-December 2013)

Consistent with the pilot preliminary proposal and based on the new data of the Initial Budget (PIA) for fiscal year 2013, the project provided technical assistance to San Martin RG to estimate the additional budget required to cover health services implementation (additional demand). At the central level, it was necessary to coordinate this work with the directors of MIDIS, MEF and MOH in order to reply this exercise for Cusco by a MIDIS team.

The group proposed an article to be included in 2013 Budget Law to obtain some exceptions for the budget programming process for both regions, including the amounts of the estimated additional demand. However, this article was not included in the Law proposal already revised by the Congress, but can be revised again in November before the final approval. Appendix 1 includes the preliminary pilot proposal for two regions -San Martin and Cusco- and the health budget estimates for 2013 fiscal year for San Martin region.

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

During this year, the Project updated and reviewed the proposal for funding flows (budget execution & programming) elaborated during the previous year, which was presented and discussed with San Martin RHD authorities and health networks. After processing the feedback gathered at the Region, the Project developed the scheme of financial flows to be submitted to the RG for approval.

The real improvement in the budgetary management requires improving budget system interaction with other administrative systems. Therefore, the proposal includes the interaction between the flows of budget programming and budget execution. It also seeks to order and simplify the process of budget programming, formulation and execution, looking to link health priorities and budget allocation decisions, and avoiding the problems caused by failing established prioritization criteria that must be respected during expenditures.

The new proposed process also seeks to strengthen the rectory of the DIRESA over the executing budget units (health networks and hospitals) which are administrative entities that organize and execute their functions of providing services with great autonomy. The technical assistance of the project to improve the financing sub processes of these units is part of the process of managing the public budget, looking to be better organize and/or correct threads so that the programming and implementation are fully aligned with the priorities and health outcomes that the RG seeks to achieve.

Recognizing the set of constraints derived from national norms, the Project is also coordinating with the MEF General Directorate of Budget (DGPP) to facilitate technical dialogue between the national government and regions to explore options for improving budget programming which will be then translated into an improvement of public spending quality.

1.2.6 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

The project continued to provide technical assistance to the MOH to update the parameters of the multi-annual investment planning methodology adopted by MOH Resolution No. 577-2011. This update was a request made in March by the Vice-Ministerial Office in order to apply the methodology to identify the investment needs of strategic health facilities. As a result of this update, there is a new portfolio of services and a new portfolio of produce units of health services (UPSS) and general services, defined for facilities under categories I-1 to II-1. These parameters are being implemented since May, by the MOH-OGPP with the Project technical assistance, in eight regions (Amazonas, Huánuco, Cajamarca, Ucayali, Ayacucho, Huancavelica, Pasco and Puno) in order to identify investment needs of 250 selected strategic health facilities.

Another line of the project has been to establish points of contact between the MOH and the MEF in order to promote the modernization of the rules of SNIP for the health sector; and to maintain these decision parameters using the PMI. In this regard, the Project conducted a working session between MOH and MEF to present the first results from the application of PMI in San Martin and thus identify the adjustments to the current rules of SNIP. The MEF has valued the methodological design because it defines the requirements for investment in priority-based networks and thus reduces the current discretionary decision making process at the regional and local levels.

Finally, the MOH has requested technical assistance to develop a computer application that allows the use of the PMI methodology across the country. The MOH will use the tool we developed for the diagnosis of PMI in ten regions. Another technical request from the MOH is the development of infrastructure and equipment parameters that replace current rules used for investment. This assistance is intended to the Directorate of Infrastructure, Equipment and Maintenance (DGIEM).

Also during this year, the Project completed the workshops in San Martin for the formulation of a regional PMI. These workshops began with the collection of information by health networks staff, which was later validated and used to prioritize investments and thereby proceed to draft the regional investment plan.

One of the main products resulting of the application of PMI in San Martin was the estimation of budgeting needs in order to improve health facilities in the next five years. The total amount of that estimation rises to 207 millions of new soles, which represents 41 million annually. The increased requirements are associated with existing health facilities (79 million). The major new requirements are aimed at intermediate services in urban areas (142 million). The requirements in rural areas amounted to 130 million. That budget is being discussed between MEF and San Martin RG

The RG and the RHD are developing the pre-investment studies of six health facilities, called strategic, taking into account the needs identified by the PMI. These are the pre-investment studies for Rioja Hospital, Tocache Hospital, San José de Sisa Rural Hospital,

Saposoa Rural Hospital, Bed Bellavista Rural Hospital and Picota Rural Hospital. The preliminary amount allocated by the Ministry of Economy and Finance (MEF) for these projects amounts to 190 million soles to be use for the replacement of those facilities.

The RG is also developing, with the technical assistance of the Project, a pre-investment study to strengthen health facilities in thirty-seven districts of the region, with the purpose to reduce infant chronic malnutrition. This is a comprehensive intervention that seeks to improve the physical capacities of all health facilities located in those districts, with the aim of improving target population access to the specific interventions that have proven to be effective in reducing malnutrition. The pre-investment study is considering the investment needs of 242 health facilities proposed by the PMI. Preliminarily, it has been allocated 60 million for the whole investment project, from which 55 million would be used to strengthen the infrastructure and equipment capacities of the selected health facilities.

In Ayacucho, the issue of investment was prioritized by the current Regional Director of Health, so the Project hold a sensitization meeting on PMI to develop stakeholders awareness in the issue of health infrastructure. This workshop motivated the regional team to define the work plan of the planning process for 2012. Ayacucho is the region where the MOH will validate the complementarily of the PMI methodology and the methodology to identify functional health networks.

1.3 Health Information

The capacity of public health facilities providers to collect, analyze, and use data has been strengthened in six regions

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

Regarding the use of standardized reports for the analysis of the Peruvian Health situation, joint work was reassumed with the National Health Council and its Information specialized committee. A renewal of its coordinator has also occurred, but this fact has not changed the scope of work of this group for this year. In fact, the preparation of the Health Yearbook for Peru is under way. The Project in its technical assistance role has recommended a first set of reports that may be used for this publication. It is envisaged that the Yearbook may be released by the end of this year.

On the regional level, a set of specific indicators have been defined in order to monitor the advance of the regional Program to improve the Child Nutrition (PAIMNI) at San Martin. These indicators have been discussed with lead officials of San Martin RHD and have served for the current design and development of GalenHos database integration application. Reports to be generated include MCH – HIV and FP/RH, and they are expected to be released by the second quarter of 2013.

1.3.2 Improve data collection methods

A key element to improve data collection methods has been the implementation of GalenHos for primary care facilities, mainly in Ayacucho and San Martin, although the pace has been different. In San Martin the extended strike of the DIRESA reduced the timeline for

the implementation process. On the contrary, in Ayacucho, modernization of providers' health information system has been advancing as expected.

In Ayacucho, after the appointment of new regional health authorities by the end of 2011 started a massive implementation process that involved all local hospitals and approximately 15 micro-networks. For this purpose, the Project and the key managerial staff of the RHD discussed and approved an implementation plan lead by a decision making official who conveys information directly to the regional director, so as to facilitate the implementation of solutions as soon as possible whenever a difficulty arises.

The strategy chosen by the regional government was to emphasize of the implementation in local hospitals. For instance, Huanta's network has prioritized the acquisition of three servers deploying them in its local hospitals, which in turn, serve as training centers for GalenHos. Through this strategy it is envisaged that there will be at least three local training centers for the continuation of the implementation process in the coming months. These training centers will serve to reinforce the off-site remote assistance that will be provided through the Project technical team to this region. In this way the implementation team for Ayacucho will comprise: a) IT staff from the project, b) IT and operations staff from the regional government and c) local operators from expert training centers.

Main responsibilities were split between the Project and the RHD: The project's staff will be in charge of bringing in house training to implementing teams in Ayacucho, for GalenHos in its basic version, full version and in the web version, when available. After this, the project's staff will provide remote technical assistance both to the RHD IT Office and to GalenHos Training Centers. The implementing team at the RHD will assume the role of providing technical recommendations for the strengthening of the IT infrastructure, both at the network level and at the health facility level. Furthermore, the IT office at the RHD will provide technical orientation on the strategic use of GalenHos reports directed towards the best use of provider's information generated. In its turn, GalenHos training centers, besides the information given for the installation, configuration and operational use of GalenHos, will assume the role of providing useful insights regarding the best use of operative reports to be generated by GalenHos. As an example, using the identification of sectors with under-coverage of antenatal control, more intensive home visits can be planned and executed so as to maintain low the risk for adverse obstetric outcomes.

Implementation in Ayacucho involved 21 health facilities, 5 of which are local hospitals and 16 are health centers. Regarding the IT infrastructure strengthening, level of accomplishment is 0.85 for hospitals and 0.328 for primary care facilities[2]. Globally speaking, local hospitals have had a significant advance regarding the basic implementation and operation of GalenHos. However, both, in health centers and hospitals, there is a significant advance in the database migration from previous IT solutions into GalenHos.

[2] Index of IT strengthening is generated based on the following qualifications: 1 when the facility has a server, enough quantity of terminals (5 for hospitals, 3 for health centers) and a network installed, 0.75 when the facility does not have a server, but has enough quantity of terminals and a network installed, 0.5 when there is enough quantity of terminals but there is not network, and 0 when there are not enough terminals, no server, and no network functioning.

Also, in almost all facilities, GalenHos is in the production phase in the patients' admission process. This fact is particularly relevant, since health facilities' staff do recognize that service processes have been simplified and ordered due to the GalenHos' implementation process. Overall, the implementation of GalenHos in its basic modules for the region is 58%.

In San Martin's RHD, the situation is similar to that described for Ayacucho, and there has been an unexpected demand for the primary care health information system; in particular, to fulfill the need to monitor the results of the plan for the reduction of childhood malnutrition. Conventional information systems do not provide such information; for this reason, GalenHos has been identified as a critical piece of the health information system at the regional level. 38 micro-networks have been trained in the basic operation of GalenHos, out of which 10 are ready for passing to the full implementation.

The extended strike has prevented further advances in the implementation of GalenHos. Significant advances have been made in Moyobamba, a province that has not embraced the protest. Also, in Tocache there have been relevant advances related to the IT infrastructure strengthening as well as the own implementation process. Regarding the latter topic, the level of accomplishment is 0.679 for Tocache facilities, 0.5 for Moyobamba facilities, and 0.15 for the rest of the region. There is a significant difference of performance between this places as reveled by the analysis of variance performed.

With respect to the other implementation activities, only Moyobamba (Soritor micronetwork) has advanced the implementation process up to the regular operation of outpatient, scheduling and clinical files registration. However, it has to be recognized that Tocache, Rioja, Lamas, and Mariscal Caceres networks may catch up in the implementation process as revealed by the monitoring process.

It is also important to mention, that technical assistance was provided in order to define equipment profiles for primary care facilities. These profiles were used for preparing the corresponding regional investment Project in IT infrastructure.

It is also important to mention that a visit was executed to San Martin in order to assess if there were any sort of incompatibilities between GalenHos and SIP2000 regarding the resources required for their regular functioning. Since IT and human resources are scarce at the primary care facilities, an enquiry from the RHD was made in order to prevent any inefficient use of resources. From the visit, it was evident that operational conflict is not present, due to the different users of each application. However, there is a potential for making more efficient the data entry to SIP2000. For this purpose the project has offered the generation of a dataset to be exported from GalenHos, if there is a confirmatory request made by the Health Quality Project (which should be aligned with the MOH's indication).

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 preparatory phase for the expanded monitoring and evaluation of quality of health services is the standardized use of selected datasets according to relevant information needs. For this purpose, the project has restarted coordination with the SUNASA in order to prepare a plan for using GalenHos as a tool for quality monitoring in universal health insurance

prioritized areas, such as Ayacucho. This initiative has been recently supplemented by the information given by the MOH in that they will assess the possibility to extend the use of GalenHos across public hospitals alongside the country, starting in 2013.

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.

The project has maintained a close work with SIS in order to avoid unnecessary redundancy of data entry regarding health facilities production of services. The technical discussions led to the full incorporation of data required for SIS reimbursement within GalenHos. The adaptation of GalenHos has been finished and is currently under trial, so as to start its implementation in the final quarter of 2012.

As a complement to this work, in 2013 it is expected that the project updates the dataset required for regular use at the national and regional levels for decision making at the strategic (MOH and RHD) and operational (health networks and micro-networks) levels. Updated dataset will be built upon the pieces of work already advanced, that is, the GalenHos-integrated datasets pertaining to the following applications: SISMED (pharmaceuticals logistic management at the health facility), SEM (emergency and inpatient data registry system), HIS (outpatient and primary care data registry system), ARF-SIS (integral health insurance data registry system), SIP 2000 (maternal and child data registry system), FISSAL (intangible and solidarity health fund).

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

During this year, the Project provided technical assistance to the following regions: Huánuco, Cusco, La Libertad, Tumbes and Cajamarca, based on the demand and availability of Project resources.

In Huánuco, the Project signed specific agreements for the implementation of GalenHos with Tingo María Hospital and Hermilio Valdizan Hospital. Both hospitals are the largest in the region and have already finished the initial IT infrastructure strengthening phase. Training activities of the first phase were completed in Lima, with key implementers sent by each hospital. The funding for the travel and lodging of these staff was fully taken by each hospital. Currently, these hospitals are implementing the following modules: clinical archives, scheduling, staff programming, outpatient care, pharmacy, and depurating duplicated clinical files.

In Cusco, shortly after the signature of institutional agreements with Sicuani and Quillabamba hospitals, there was a change of hospital directors that affected the aforementioned agreements. As a consequence, the implementation of GalenHos was interrupted, due to the absence of resources needed to contract new IT staff at these hospitals. Moreover, remote assistance was provided to Kimbiri health facility, with little further advance beyond the implementation of the basic modules of GalenHos.

In La Libertad, after the signature of the institutional agreement with Belen's Hospital, this institution has prepared a draft of an implementation plan to be executed next year. The hospital has requested the Project to provide technical feedback on the best approach to

use in this implementation phase. Further activities regarding the joint design of a new pharmacy development (mono-doses) have been postponed due to the resource limitation of the Project. And additional request was received to implement GalenHos in 10 local hospitals. It is likely that this process will be begun in the next quarter.

In Tumbes, technical assistance was provided in order to allow the regular operation of GalenHos in the hospital. Again, changes in the top managerial team of the hospital prevented the conclusion of the implementation process on a timely basis. However, coordination activities have been maintained and in July started the production of the basic version, and during august, Emergency and Hospitalization modules.

In Cajamarca, implementation activities have been irregular due to external political reasons. Preparatory activities finished by midyear, and GalenHos is now under full operation in the Regional Hospital. Operation of GalenHos is going as expected, and the project is providing remote assistance to the IT local staff.

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

The technical agenda regarding the development of a general framework for the identification of an interoperability standard is already finished and the milestone has been reached with the formalization of HL7 as the standard to be used in the design of electronic medical records. This has been made public with the MOH's decree RM 576-2011/MINSA and the OGEI's Administrative Decree N° 183-MINSA/OGEI V.01"*Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica*".

Two technical issues are the next emerging priorities; one corresponding to the definition of a national plan for the development of interoperability standards, and the second one is the definition of a prototype of interoperability standard to serve as a pilot for the quantification of the level of effort required for the development of the general agenda.

Related with the first, the project has continued advocating to the National Health Council, specifically at the IT specialized committee, for the definition of a national interoperability implementation plan. Nevertheless, a new stakeholder –MIDIS- emerged, because of its interest in collecting selected patient information for the implementation of a longitudinal nutritional follow-up of children under 3 years old. In particular, nourishment status is considered relevant for this office, since it serves as a key indicator of the effectiveness of social programs focused on poor populations.

However an important issue that will have to be addressed in this piece of work is related to privacy. Since the Peruvian Constitution protects the confidentiality of personal information pertaining to every citizen, safeguards will have to be established in order to provide relevant information for the national level without compromising the secrecy of personal information. On the other hand, relevant information for the local provider, both at the health facility and at the local social programs' level will have to include personal identification, in order to facilitate the generation of inter-sectoral synergies that provide benefit to the service user.

Related with the selection of a prototype of interoperability standard, the Project identified the *Pontificia Universidad Católica del Perú*, as interested in developing an interoperability standard for imaging medical services. Although initial recognition of GalenHos as a tool for this purpose, the work has not advanced further due to resource restrictions on the university side. As a consequence, the project started looking after potential funding sources for this purpose. On an initial basis the Cajamarca RG and its Office for Social Development has shown interest in funding this development, as part of the agreement assumed with the project under GalenHos implementation process. However, this initiative aborted, due to the fact that Cajamarca X Rays equipment technology is analogue instead of digital. This fact will not allow further developments in this area in the short term.

By the second semester, after the appointment of a new MOH's Vice Minister, the technical working agenda was reassumed with OGEI and SIS. In fact, a catch up period followed the previous paralysis of the technical cooperation with the MOH. For instance, work with OGEI led to the provision of technical information, by the MOH, needed to exchange information between health providers that use GalenHos and the National Agency for Identity and Civil Status Registration (RENIEC). This data exchange allows the simplification of patient's data entry at the health facility level. Using the patient's ID, GalenHos avoids the unnecessary digitations of the patient's name, birth date, age, sex, and address; which is already present in RENIEC's database. This optimization process leads to: a) improvement of the quality of data registered; 2) the shortening of queues at the admission units of health facilities; 3) allow the individual follow-up of key health data, both at the individual and collective level, either by the health facility and by the DIRESA; and 4) a very strong argument for the rapid acceptance of GalenHos as a new IT tool that simplifies the data entry of patient's data at the admission level.

Another sample of the improved coordination with the MOH is the very recent working agenda started with SIS. After the demonstration of GalenHos to key SIS officers, they have considered that GalenHos can fulfill all the requirements needed by SIS to 1) identify insured persons, and 2) capture all relevant information needed to document the health services rendered. This acknowledgement has been followed by an intense set of technical meetings oriented towards the identification of a data mesh to be used for the exchange of information with SIS. The work initiated has also served to start a continuous improvement process regarding the data management among SIS and public health facilities. An example of this is the recognition that less paperwork can be needed if proper data exchange routines can be designed and implemented. In fact, SIS considers that the work with the Project has a strategic orientation, since it will help to improve the confidence that providers have in their financing agency for the universal insurance reform. Consequently, SIS envisages implementing GalenHos in Huancavelica and Ayacucho in next quarter as a means to have standardized data regarding health provision and health insurance.

As a by-product of the improved coordination between the Project and SIS, FISSAL, a related financing scheme for funding high cost diseases has also identified GalenHos as an adequate tool for the registration of clinical information, but in this case at the headquarters level. For this purpose, FISSAL chief has asked the Project the preparation of a technical proposal for a data mesh to be used among National Institutes and Hospitals with FISSAL. A

first draft has been prepared and presented to selected health facilities. It is likely that a definite mesh will be identified and implemented during next quarter.

Finally, following recent SUNASA renewal of its leading officials, a meeting was held in order to restart joint work for the exchange of key health provision data with this regulatory agency. Although new authorities are still defining the strategic objectives of their administration, it seems very likely that a technical agenda will be worked out with specific milestones to be reached in the following quarter.

In balance, great advances have been made in the definition of interoperability standards across financing, regulatory and operational units. However, despite the existence of a Decree that makes official the use of HL7 for the formalization of these exchange standards, documentation has still a long way to go. Only when these processes are fully documented is when it can be accepted that interoperability standards are ready to be safely implemented alongside provision, financial and regulatory institutions in the Peruvian Health Sector.

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.

The Project facilitated the coordination between the MOH and SERVIR in order to get the participation of a SERVIR civil servant as a member of the Peruvian delegation to the "Regional Workshop on Career Path in health services" that was held in Managua (Nicaragua), organized by PAHO. The main objectives of the meeting were to identify the challenges in the implementation of proposals for health career path; define, from ongoing experiences in the countries of the Region, a strategy for the implementation of career path, and develop the basis for the implementation of a Career path in health services. International experts discussed issues related to: functions of the career path in health; its coherence with the health policy and the model of care; the link/tie among users of the services, health workers and health institutions; the financial sustainability of the implementation of proposals of career path in health.

Starting 2012, the Project participated in the two MOH meetings regarding HHR: a) the Macro Region Sur meeting, and b) the CIGS. In these meetings, the MOH explained aspects of staffing and work patterns in human resources, identifying critical problems; however no solutions were proposed. The main agreements were (a) to transfer the management of SERUMS to the Regional Governments, (b) to formulate a proposal to strengthen the National System of Medical Specialty, and (c) to standardize financial incentives of officials at the regional level.

On June, the project had a technical meeting with SERVIR in order to define terms for a new agreement. Civil service policy is the main issue in SERVIR agenda, and it is clear that the health sector has to define some specific aspects for health workers. Unfortunately, until July, career path in health services was not a priority in MOH agenda. So, the project will

provide technical information to SERVIR when it is required, regarding the state of art of career path in health.

Since August, the MoH has a new Minister and a new responsible of Health Human Resources Direction. This new team is interested in the developing of proposals for a career path in health, based on the previous discussions which are part of technical documents elaborated by the project.

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

Based on ASEGURA software and taking into account WISN methodology, the project designed spreadsheets to calculate requirements and gaps in human resources for health (HHR) for the first level of care (PHC).

By mid-2012, the project designed and validated a spreadsheet to estimate human resource requirements and gap, from a micro network level. This spreadsheet contains variables which let adjust calculations, taking into account actual available working time; current staffing; district rurality level; range of services available. In addition, this spreadsheet helps to analyze results and make decisions on redeployment.

Thus, we have defined a methodology for estimating human resource requirements for micro-network level, starting from health facilities data, based on health needs, with the following features:

- It is based on the probability of occurrence of cases by age group, for a given population.
- For each case -and their variants-, it is defined procedures involved, based on current standards of care.
- For each procedure, it is established the HHR types involved and the time spent each type of provider to each procedure, based on current standards of care.
- It considers the actual time available for health care
- Allows adjustment according to current and potential health portfolio in the short and medium term
- Allows calculation of the human resources requirements adjusted to the level of rurality of the district where the health facility is located.
- It considers the current allocation of human resources in the health facility to determine the gap that must be covered.
- It allows to design charts and graphs, which allow a better allocation of human resources within the micronetwork

For the analysis of the results, we have taken into account the factors that intervene between the availability of human resources and the services produced, such as:

- The productivity of human resources against expected performance
- The time actually used in the provision of health services compared with expectations

- The distribution of workload among the members of the health team in a health facility and among health facilities of a micronetwork.
- The geographic location of the health facility for the territorial allocation of human resources.

At the Central level, during this year, the MOH have had 2 management teams in Human Resources Direction. With the first team, the project had meetings to present the progress in implementing the methodology of calculation of requirements of human resources for PHC. In the first meeting became clear the need to have an index that adapt calculations according to the level of rurality of the district where health facility is located. In this sense, the project in coordination with the MOH OGEI developed a study to obtain the rurality index of all districts nationwide; then an index that adjusts HR requirements according to the level of rurality was defined. For this purpose, a factorial analysis was used, based on 13 indicators (already proved in San Martín Region). To calculate the index for adjustment productivity, the MOH provided the database of the Health Information System (HIS 2009).

In addition, in response to an invitation from the Vice Minister of Health, the project presented the methodology for estimating human resources requirements for primary care. The General Director of the HR Office indicated that the MOH does not have a proposal for the primary care level and would be interested in applying the methodology of the project in Lima for the distribution of professionals for the SERUMS. For this purpose, the project sent to the MOH the spreadsheets to calculate these requirements, pending a meeting to present in detail its handling and the proper way to analyze the results. This team was changed in July 2012.

With the new team, the project had technical meetings to present again the methodology validated in 2 Regions. The new authorities were interested in applying it to calculate HR requirements for the National Investment Plan. President Humala announced in its political discourse, the construction of health facilities in each province, with this mandate the MOH decided to develop the strategy of "Strategic Facilities" which consists of the construction, equipment or renovation of health facilities strategically located to solve problems of a given population. One of the challenges, in addition to defining the magnitude of investment in infrastructure and equipment, is to define the amount of human resources required to operate these health facilities both new and repowered. In this last quarter, the project is working with the MOH a strategy to estimate HR needs for the new investment.

In ***Ayacucho,*** the Project presented the methodology for calculating HHR gap in the first level to the authorities of the Ayacucho RHD. Ayacucho decided to apply the methodology in all its networks, in that sense, it was conformed a technical team with decision capacity. The Project hold technical meetings with Ayacucho team in order to determine the type of information required and define a kit of formats to collect data from networks and health facilities. In December, the Project reviewed the information and made some adjustments.

During this year, we performed several technical meetings with the management team to review and analyze the information to calculate requirements and needs of health human resources. Data was collected only up to the level of networks, so calculations have been done to this level. With the preliminary results at the network level, we analyzed:

a) The Gap: by comparing the difference between current and required staffing levels, to identify the network that are relatively understaffed or overstaffed.

b) The WISN ratio: as a proxy measure, in order to assess the work pressure that health workers experience in their daily work in a health facility.

c) The availability of HHR: through the ratio of professionals per 10,000 inhabitants, dividing the current number of each type of staff by the total population of the network.

Main preliminary results at network level showed that the major gaps are in doctors especially in Huamanga network. There are overstaffing in midwives in all the networks. Nurses show both overstaffing as understaffing. The goal established for developing countries is to reach at least 25 professionals per 10000 inhabitants, and all the Ayacucho networks have less than 25. But Huamanga, Huanta and San Miguel have less than the RHD ratio. This indicator shows problems in the current distribution of HR

With these results, we discussed a set of strategies to be gradually covering the gap. We worked with them the implementation of "task shifting". Preliminary results of task shifting show that at the operational level where the scarcity of physicians is high, nurses and midwives are performing some medical procedures; besides, in Ayacucho there are team work between nurses and midwives, who are sharing procedures that have traditionally belonged to only one of them.

This practice of task shifting allowed varying the results obtained previously, with these important effects: (i) Reduce the number of hours considered for doctors and nurses, (ii) Increase the number of hours for midwives. After task shifting, the gap in nurses and midwives changed. Now, some networks have gap in midwives instead of a large over staffing; and fewer networks have overstaffing. This is evidence that the redistribution of tasks with the "task shifting" allows more efficient use of resources.

But, data at network level is not enough to make decisions related to HHR distribution and to define the specific heath facility where it is necessary to allocate new heath staff. On the other hand, the micronetwork is the minimum administrative unit in Peruvian health system. In this sense, in order to validate the use of the HHR requirements-spreadsheet at the network level, during the first quarter of 2012, the project provided technical assistance to Ayacucho RHD to collect current and reliable information on the current staffing of health facilities of two networks: Cora Cora and Puquio, including their respective micronetworks (MR). With this information, we conducted a workshop where we used the spreadsheet; and made estimates of manpower requirements and the gap to be filled. In this workshop, it became clear the importance of analyzing human resource staffing from the micronetwork level and the possibility of improving the supply of human resources with a better distribution of them.

For example, the analysis at network level showed: a) evident overstaffing of technicians in all the networks; b) the biggest gap in nurses in all the networks; c) overstaffing of midwives in the majority of networks; d) gaps in doctors in the majority of networks. With this information, at the network level, the management team can decide a better distribution of HHR among networks, but the team cannot decide specifically which health facility needs additional personnel.

The validation in two micronetwork taught us that HR requirements have to be estimate at micronetwork level instead of health facility level. Ayacucho has health facilities with less than 300 inhabitants, where a physician is not necessary; the population of this health facility could be attended in a nearby health facility. Therefore, HHR needs have to calculate at micronetwork level, and the allocation of HHR in a specific facility has to take into account several other factors such as the distance to a more complex health facility, the level of productivity of the health facility or the assigned population.

This type of analysis and decision making is only possible with those responsible of the micro networks. For this reason, the management team of Ayacucho RHD decided to approve a norm with guidelines to apply the methodology in all the micro networks; the project designed a proposal of guidelines which was included in the previous QR.

Preliminary results about staffing at regional level and in these 2 micro networks were presented to the General Director of RHD. The Director told his management team that the methodology is assumed by Ayacucho RHD and the project is supporting its implementation and the analysis of results. So he decided to organize a meeting with all MR to analyze estimates based on information from all health facilities. He also requested the Project to train its technical staff in the methodology of calculation of the rurality index.

Ayacucho management team with our technical assistant collected information of all health facilities in the Region related to: name, type of health facility, district to which it belongs, assigned population, current staffing and type of labor relationship (permanent, contract, SERUMS). With this information, the project designed spreadsheets for each health facility which were consolidated at micronetwork level. Then, data at micronetwork level were consolidated at network level and finally network data were consolidated at Regional level. This bottom-up approach, where the information comes from health facilities, will allow the regional level to identify with greater accuracy, which networks have the largest gaps in human resources, can then further analysis to identify which of their micronetworks has major problems and define a better distribution among its health facilities.

The major problem to collect data from micronetwork level is the lack of HR information system which can register current staffing. Health workers in local level moves constantly, sometimes contracts last less than a year due to bad working conditions in remote areas. This turnover is not registered periodically, neither network level or at the regional level. Workshops with micronetwork teams will allow them to realize the importance of keeping up to date information on the current allocation of human resources.

In the fourth quarter, the project trained regional technical team in the use of database to calculate rurality index at the district level. Ayacucho RHD management team analyzed each of the ratios and finally approved them. Besides, in the fourth quarter, all the information from health facility level was collected and spreadsheets for calculations of HHR requirements and gaps at micronetwork level were designed. These spreadsheets were reviewed and approved by Ayacucho HRD management team. Workshops at network level will be developed in November 2012.

In ***Ucayali***, since the activities in Ucayali finished in June, the Project developed a technical meeting with the management team in order to transfer the methodology for estimating the

HHR gap for primary care, identify the need of reliable information, identify the need to estimate the actual workload more accurately and objectively as possible, and apply the methodology according to the type of decisions they have to take.

The main problems related to the information were: a) the lack of official information about the population assigned to each health facility (each technical unit manages their own information and all of them are different); b) the lack of updated information on the current allocation of human resources (there was not a responsible for it); c) the lack of information about the distribution of the workload.

One of the parameters to calculate HR requirements is the definition of the available working time to provide health care services. It means, from the total number of working hours, subtract vacation hours, days off, holidays, training, administrative work and other activities. A preliminary calculation was designed by the RHD management team, but some data did not seem appropriate. For example, from the management team perspective, midwives and nurses dedicate 30% of their time in training activities, so the available working time was less than 50% of the total working hours.

For this reason, we decided to visit a health facility to interview some health workers in order to know what kind of activities they perform. We visited the Health Center “Nuevo Paraíso” (CLAS which operates 24 hours and is located in peri-urban area) and we found the following situation: a) the demand is so high that they have no time for other activities; b) despite having a biologist, laboratory technician performs laboratory analysis; c) the biologist is employed only for controlling communicable diseases; d) the main gap is in doctors; e) there is little extramural work; f) the dentist trained technicians in the application of fluoride; g) a technician works as a social worker in the health promotion team; h) the main activity is the provision of individual health care; i) most workers don´t have access to training activities.

With this information, we made some adjustments to previous available working time calculations, and then we applied the methodology and made some preliminary calculations. One of the main conclusions was the need to improve the quality of the information to have results that will allow them to make better decisions. On the other hand, analysis of the current staffing has enabled them to know they have problems in the allocation of human resources at the network level. In June, the project ended its activities in Ucayali, so we could not finish calculations at the micronetwork level. In this scenario, the project is committed to support them in making the estimates and the respective analysis, when they have all the information required from health facilities.

In ***San Martín***, the project supported the management team in the estimation of human resources for new investments in its 5 strategic hospitals. As part of the implementation of the Multi-Year Investment Plan (PMI), and according to the strategy of the MOH to strengthen selected facilities named “strategic facilities”, new Services Production Units (UPPS) were defined with their respective procedures; for these procedures, the investment in human resources was calculated in each of the selected strategic facilities.

Both the methodology and calculations were presented to the management team of San Martín RHD and this information was part of the regional requirements presented during the

visit of a Congressional Commission. San Martín selected 5 hospitals and 26 health facilities to improve with new infrastructure and equipment to perform new procedures.

Other activities were related to calculations of HR requirements for PHC; in this sense the management team agreed technical meetings and workshops in order to:

a) Validate all tools and instruments: for this purpose, they decided to collect information on current staffing of 2 MR;
b) Have regional estimates of the expected "available working time" in the primary care level; for this purpose, they decided to apply the survey proposed by the project to all workers in all health facilities of 2 MR, and based on these results define the times that should be considered in the calculations for HR allocation. A table with the available working time was presented in QR2.
c) Develop a framework to improve the flow of information for estimating human resource staffing on a regular basis, from MR level.

Based on these agreements, the RHD applied the survey about "available working time" and submitted the information of 2 MR.

In June, a technical meeting was developed to review and analyze the survey results and the project presented the results of staffing calculations in the two selected MR. In the case of San Martin, the management team decided to estimate working time for each type of facility, with the understanding that, for example, the administrative burden of technician is different if the health facility has a health professional; and the administrative burden of a nurse is different depending on whether the Health Center has or has not hospitalization.

In the fourth quarter, San Martin RHD organized a workshop with all the 39 micronetworks of its 10 Networks, in order to collect reliable and current information about staff in PHC of all the 361 health facilities. With micronetwork teams, we reviewed all necessary data to work with spreadsheets we designed for each health facility. The table with this final information is in Appendix 2. After the analysis of data, the management team worked in the definition of HR allocation and the need of new contracts. The project wrote a Technical report containing all the results. See Appendix 3.

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

During this year, based on competencies profile for human resources management which was designed with Ayacucho HR team, the project provided technical assistance to design job profiles for all the units of the Human Resources Direction of Ayacucho RHD. These jobs profiles were designed taking into account the methodology defined by SERVIR.

The proposal of job profiles was presented to SERVIR Managers. SERVIR congratulated the team for being the first HR unit in the country with their job profiles. For this reason, in August, Ayacucho team was presented by SERVIR in the Macro-regional Workshop, as expert in the design of job profiles. Currently, Ayacucho RHD-HR team is required to provide technical assistance to other sectors within Ayacucho Region Government.

To define job profiles for the HHR Office of the RHD, the technical team defined the positions and functions for each post with reference to HHR management system which was defined previously. The project wrote a technical report about the design of HR unit job profiles. See Appendix 4.

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

A proper management of human resources is important for the achievement of the objectives and goals of health institutions; so in the framework of a set of interdependent and interrelated processes that comprise the Decentralized Management System of Human Resources for Health (DMS-HHR). The main objective of the system is “to ensure the right person in the right place, doing well what health worker has to do”.

The project provided technical assistance to institutionalize HR management processes related to:

- Human Resources Planning: Defining requirements of HR at the first level of care.
- Organization of Work: Designing job profiles
- Compensation Management: Design of wage scales

Besides, in years 4 and 5 the project will provide technical assistance in the processes related to:

- Employment management: Recruitment and selection processes.
- Performance management: Supervision and performance evaluation processes.

Simultaneous operation of all these processes will ensure continuous provision of competent human resources in health facilities, preferably in primary care.

In **San Martin**, as part of the implementation of the regional Program to improve the Child Nutrition (PAIMNI), the project analyzed the current status of recruitment for this initiative. In this regard, in 2011 San Martin determined the requirement (in place and number), to hire 99 professionals (doctors, nurses and midwives). Each Budgeting Unit (UE) was responsible for the recruitment of such staff. There is no formal request to the UE and Networks for the recruitment program, so that compliance is subject to the initiative of the Head of the UE.

On the other hand, the RHD does not have access to specific information about the level of compliance by the UE regarding their indications. In addition, the per diem for monitoring visits do not have enough budgets. Currently, there are debts belonging to the last year for reimbursement of expenses incurred by employees.

But despite having a budget and attractive salaries to work in difficult places, health professionals prefer not to answer the call, or when they reach a vacancy, quit due to lack of minimum conditions for housing, particularly lack of basic services and lack of communication (telephone, cable or internet). The project gave the RHD a report of this visit with a set of recommendations.

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

One of the main problems in HHR area is the disparity in the determination of salaries for personnel under CAS contract. Each budget executive unit has autonomy to define selection

process and to determine salaries; this issue causes internal inequity and increase dissatisfaction.

The Project provide technical assistance to the ***Ayacucho*** RHD management team in the conceptual and methodological issues related to compensation management and specially in the identification of factors to determine a fair and equitable pay scale. Related to a *fair and equitable pay scale*, the management team defined the need to ensure that staff recruited in 2012 receives fair and equitable remuneration, that hired staff feels motivated and valued for working in areas of extreme poverty, to retain hired staff in their jobs for at least one year and to unify wages of hired workers under any source of funding.

For that purpose, the Project worked with the RHD management team and defined 4 factors and the respective grades in order to determine a pay scale for each health network. The next step was to determine a specific weight for each grade of each factor. According to the criteria and weights defined by the team, we estimated the salary ranges for each occupational group in each of the MR. These calculations were presented to management team of all networks and micro networks, who proposed some adjustments. Technical assistance was provided to design a directive. And finally, taking into account the agreements with networks and MR, on February 2012, two directives were approved: the Regional Directive No. 001-2012-GRA/GG-GRDS-RHD-DEGRRHH approving the "Salary for health personnel hired by CAS in primary care", and the Regional Directive No. 002-2012-GRA/GG-GRDS-RHD-DEGRRHH approving the "Salary for health personnel hired by CAS on the second level of care"

In Ayacucho, the wage scale designed with them for the first level of care and approved by a regional policy is being implemented in all networks which are budget execution units. RHD team has used the methodology to design the salary scales for hospitals and RHD workers. They have also used the wage scale to establish the budget for the PPR 2013.

In Ucayali, we developed a technical meeting with management team of the RHD. We present the conceptual framework of a salary scale inside a competency- based human resource management system. With these criteria and their respective weights, a salary scale was defined, for each of the micro networks. This salary scale was applied in the recruitment and selection process in some networks

In San Martín, the project presented the experiences developed in Ucayali and Ayacucho in the design of pay scales for primary care. These experiences consisted of a single scale that consider medical, non-medical professional and technicians, from the micro network level. They were interested in this methodology because it allows them to combine more than one factor. In that sense, the management team defined four factors to be considered in San Martin pay scale, as well as the weights that would have each factor. Likewise, they requested that the project will design the spreadsheet with the following characteristics: a) separate scales for Medical; non-medical professional and technicians; b) each salary scale has to show the differences among health facilities.

With these guidelines, the project designed 3 pay scales for San Martin; these scales were presented to the management team. Since the scale requires data from health facilities, the management team decided to organize a meeting with all the micro networks to define with

them the value of each factor in each of their health facilities. In Appendix 5, there is the table showing the factors, weights and the salary ranges established by the management team of San Martin. In the last quarter, a workshop was developed with micro networks, in this workshop each health facility was valued.

Ensure Competency of Workers in the Health Sector

1.4.6 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.

At the ***Central level***, the project had meetings with SERVIR to exchange experiences and methodologies related to the design of job profiles. The project participated as facilitator in the Macro Regional Workshop held in Trujillo and organized by SERVIR, to train teams of Human Resources Offices of regional and local governments, in the design of job profiles. The project also was invited for SERVIR, to the evaluation meeting of that workshop.

In ***Ayacucho,*** in the framework of the DMS-HHR, the management team understands that its functioning requires the identification of a set of critical competencies for the operation of the RHD, Networks, Micro networks and Hospitals. On the other hand, it is necessary to define job profiles, which will help the RHD Ayacucho to develop the following processes:

1. Selection of personnel based on job profiles, for the positions to be filled..
2. Performance evaluation based on job profiles.
3. Capacity building based on gaps found in the performance evaluation.
4. Education of health workers (in universities or institutes), through negotiation with training institutions in the region to design their curricula taking into account the expected profiles for RHD.

At the regional level, the Project provided technical assistance to Ayacucho RHD in the definition of the competencies profiles in human resources management, based on the processes and functions defined in the Health Human Resources Management System.

San Martín Regional Government hired an expert to design the instruments to assess general and specific competencies for critical posts in San Martín RHD in order to develop a selection process based on competencies. The Project worked with the expert and finally tools and instruments were defined.

By the end of 2011, the Project developed in Ayacucho the two final workshops of a total of 5, related to methodologies and tools to design performance standards for key competencies, and methodologies to design assessment tools to evaluate key competencies (questionnaires and check list). Human Resources Office of Ayacucho RHD asked for an integrated session in order to review all the new knowledge and abilities developed during the 5 workshops. After this integrated session, a written test was taken and an assignment to evaluate abilities was handed in January. The highest grade in the written evaluation was 19 and the average was 14.

In Ayacucho, a workshop was developed to strengthen capacities of the HHR management team of RHD in the definition of job profiles for the primary health care, as part of the sub-

system of "Labor Organization" of the HHR system. The product of the workshop was a draft of 13 job profiles for core team of primary care doctor, nurse, midwife and nurse technicians to health facilities I-1, I-2, I-3 and I-4. In the last quarter, job profiles for primary health care were defined, taking into account SERVIR methodology.

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

In ***Ayacucho***, there was a technical meeting to review progress to date in developing the design of the *competency profile* for human resources management and agreed to have the structure of the document "Dictionary of competencies for human resource management" and the timetable to define performance standards (knowledge and critical skills) and tools for evaluation for selected 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

1.5.1 Design and validation of the methodology to plan and forecast needs for pharmaceuticals and supplies in one region

During 2011 the Project assisted San Martín RHD in the development, validation and implementation of a methodology to forecast their needs for pharmaceuticals and medical supplies. A similar process started in November in Ayacucho and Ucayali, intended to estimate their needs for pharmaceuticals and medical supplies for the 2012 national corporate procurement and regional purchases. The final products of the technical assistance are having done the forecasts in a way many more precise and orderly, and regional manuals that can be formalized and institutionalized.

In Ayacucho, we worked with the Director of medicines in developing a methodology to estimate their needs for medicines and supplies, noting their regional health priorities and the actual requirements of health services providers. For this, the proposal set out to estimate the actual requirements gap instead to be mainly based on historical consumption. Thus it was necessary to convene several meetings with representatives of networks and micro health networks, including: Responsible for medicines, responsible for health strategies, responsible for laboratories, physicians, nurses and obstetricians.

An additional element is that the Ayacucho RHD signed a capitation agreement with public health insurance (SIS), which it is obliged to comply with a series of goals, to receive a greater transfer of financial resources. One of these goals is related to increase preventive /promotion services. As developing the methodology to forecast their needs this factor was noted.

In Ucayali, the methodological approach was designed to meet health priorities (maternal mortality, child malnutrition and dengue), consolidate the requirements of its three networks-implementing units, and try to estimate the magnitude of the needs gap (between actual consumption and reported through the SISMED).

As in Ayacucho, several meetings were held with officials of health strategies, providers, medicine makers and public insurance.

Having the methodology designed and socialized, it was established the first regional shopping list, which allowed to make decisions on the implementation of budgetary resources to meet demand. The important point is that this implied that the officials of the the RHD and Budgeting Units understand that they should allocate at least 70% of SIS reimbursements to sustain the calculated gap. The rule indicates to replace 100% of the medicine products and supplies consumed (currently around 40% rebate), if the delivery points are stocked out, it implies that the gap between supply and demand could never be covered.

In San Martin, within the implementation of the processes manual for the logistics of medicine products and supplies, it has been initiated workshops to develop and implement a methodology to estimate needs to participate in the corporate purchase in 2012 and also to implement regional purchase.

In all three cases methodological guidelines were developed, so that these processes could be formalized and institutionalized at the RHD.

1.5.2 Regional plan to improve drug logistics system to ensure the quality and availability of pharmaceuticals has been approved and is being implemented in one region

The flow charts describing the processes of supply for pharmaceuticals and medical supplies started in 2011in San Martín, and was completed and validated during the last quarter. The Ayacucho and Ucayali RHD received technical assistance to develop specific manuals that shall help them to run their purchasing processes, including both the forecasts of pharmaceuticals and medical supplies and the management of procurement contracts.

Plans for improvement in logistics processes were also worked in the three regions where the component is intervening.

In San Martin, the manual was formalized through a regional directive, to be used at the health networks. It was also done the estimation process required pharmaceuticals and medical products, which ended in a methodological guide.

In Ayacucho and Ucayali, the Project developed plans to improve the needs assessment and the implementation of its procurement processes, in articulation with budgetary flows. In both regions, plans were developed in coordination with all relevant areas of the RHD (Planning, Administration, Human Health, etc.), health networks, and in the case of Ucayali it was able to count on with the active participation of the RG Social Development Division and the Planning and Budget Office. An important issue is that the improvement strategies were planned overall, but the specific plans was taking shape as far as it was advancing the execution of each process (needs assessment, implementation of the procurement process and budgetary flows).

2. Results Reporting Table

Project Components, Activities and Sub-Activities	Qr 3 -2012	Monitoreo 27/09	Qr 4 -2012
1. Health Sector Governance			
Activity 1.1. Stregthen and expand decentralization of the health sector			
Health sector issues have been debated publicly in the political transition at the national level			
Central			
Sistematizacion del proceso de diálogo politico		Completed	
1.1.1. Support the MOH and regions in adapting to their new roles under a decentralized health sector			
Central			
Publicacion del Análisis de experiencia de Gerencias Provinciales Integrales en Huancavelica		Completed	
1.1.2. Develop a regulatory framework for the MOH`s new stewardship role			
Central			
Diseño de instrumento de evaluación de redes de salud públicas (con base en la revisión del PROCAP)		Postponed	
Aplicación de instrumento de evaluacion con base en PROCAP en UBAP especifica		Completed	
1.1.3. Improve capacity of regional and local authorities to effectively and efficiently manage their health systems and programs			
Central			
Reuniones de coordinación con PCM, MINSA, MIDIS, ANGR, etc.		Initial	
Curso de teoria de restricciones para MIDIS y PCM		Advanced	
Elaboración de reporte de metodología de identificación de restricciones para la gestión descentralizada de DCI		Initial	
Elaboración de reporte de análisis de restricciones y funciones en salud transferidas a gobiernos regionales		Postponed	
Elaboración de reporte de cambios organizacionales y procesos para la gestión descentralizada de DCI		Postponed	
Elaboración del reporte de soluciones de las restricciones de la gestión descentralizada de prioridades sanitarias: el caso de desnutrición		Postponed	
Reuniones técnicas con expertos para identificacion de soluciones de restricciones		Completed	
Sistematizacion de la gestion descentralizada de prioridades sanitarias: el caso de desnutricion		Initial	
Elaboración de plan de AT a la ANGR		Completed	
Reuniones de coordinacion con la ST de ANGR		Initial	
Reuniones de sensibilización/coordinación con actores claves para la agenda de restricciones de ANGR-MIDIS		Initial	
San Martin			
Talleres de identificación de restricciones internas para la gestion descentralizada DCI		Advanced	

Elaboración de reporte de acciones de mejoras de gestion (basada en restricciones) para el POI 2013		Intermediate	
Reuniones técnicas MIDIS-GR/DIRESA para acordar diseño de la implementación del piloto de gestión articulada para la reducción de la DCI		Completed	
1.1.4. Continue the decentralization process by extending responsabilities to even lower levels of the political structure			
Central			
Reuniones técnicas para la elaboración de propuesta base de piloto de gestión articulada de la DCI con MIDIS, MINSA, MEF, MVS y RENIEC		Completed	
Elaboración de estategia o propuesta de marco de gobernanza colaborativa para rectoría MIDIS		Completed	
Reuniones técnicas de análisis y ajustes de marco de gobernanza colaborativa para rectoría MIDIS		Completed	
Reuniones técnicas de seguimiento de avances en formulación e implementación de piloto MIDIS		Completed	
Diseño de la implementación del piloto de gestión articulada para la reducción de la DCI		Initial	
Material de capacitación clínica para la implementación de IE		Postponed	
Actualizacion del plan de la prueba de seguimiento longitudinal		Intermediate	
Elaboracion de pautas de implementación de prueba de adscripción y sectorización		Advanced	
Elaboración de Módulo 1 de verificación de condiciones básicas (estructura) para la prestación de IE		Completed	
Elaboración de propuesta de componente de plataforma de capacitación gerencial para proyecto de inversión DCI de San Martín		Postponed	
Ajustes a propuesta de componente de plataforma de capacitación gerencial para proyecto de inversión DCI de San Martín		Postponed	
San Martin			
AT a la DIRESA para la implementación del manual de operaciones		Postponed	
Entrenamiento clinico en IE		Postponed	
Reuniones tecnicas para actualizacion del plan de la prueba de seguimiento longitudinal		Advanced	
Reuniones tecnicas para definir pautas de implementación de prueba de adscripción y sectorización		Advanced	
Consolidación de lista de gestantes y niños de los establecimientos (Base de datos) de Soritor y Jepelacio		Intermediate	
Reunión técnica para planificar responsabilidades del manejo del listado gestantes y niños		Postponed	
Reuniones técnicas para la implementación de la adscripción a nivel de microredes (Soritor y Jepelacio)		Postponed	
Reuniones técnicas para la implementación de sectorización a nivel de microredes (Soritor y Jepelacio)		Advanced	
Reunión técnica para revisar Módulo 1 de verificación de condiciones básicas (estructura) para la prestación de IE		Completed	
1.1.6 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		Completed	
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			
Desayunos de discusion sobre la reforma de AUS		Completed	
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			
AT a SIS para articular el mecanismo de pago capitado con mejoras en su sistema de informacion		Initial	
AT al SIS para la mejora continua del mecanismo de pago capitado en zonas AUS		Initial	
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			
Elaboracion de plan de AT a MIDIS y regiones piloto en gestion presupuestal 2013 PAN y SMN (Convenio)		Intermediate	
AT al MIDIS para gestion presupuestal PAN y SMN 2013 en dos regiones piloto		Advanced	
Conducción equipo de trabajo "Comisión" MIDIS-MEF-MINSA-HP		Postponed	
Estimación de requerimientos financieros 2013 de dos regiones pilotos (agosto 2012)		Completed	
Elaboracion de pautas de programacion de actividades PAN y SMN del POI 2013 de dos regiones piloto (Directivas regiones)		Initial	
Desarrollo de cubos de información de producción de servicios (HIS) de PAN y SMN (Agosto)		Completed	
Elaboracion de pautas de formulación presupuestal PAN y SMN 2013 en dos regiones piloto (Directivas regionales)		Advanced	
Elaboracion de pautas de ejecucion presupuestal PAN y SMN 2013 en dos regiones piloto (Directivas regionales)		Advanced	
San Martin			
Seguimiento al proceso regular de aprobación de PIA 2013		Completed	
Visita revisión montos programados en PAN y SMN en SIAF programación 2013		Completed	
Reuniones para la estimación de requerimientos financieros 2013 (agosto 2012)		Completed	
Revisión de la estimación de cobertura basal y meta asociados a Intervenciones Efectivas (Spectrum)		Postponed	
Taller con aplicación de Guia Spectrum		Postponed	
Anualización de metas de cobertura priorizando áreas geográficas		Postponed	
Talleres con DIRESA y Redes/UE para la distribución de alicuotas de metas de cobertura en la red de servicios		Postponed	
Completar costos unitarios		Postponed	
Talleres DIRESA, Redes-Microredes/UE y para la elaboración de POI a nivel de redes y MR		Initial	
Talleres DIRES, Redes/UE para la estimación de presupuesto requerido por UE		Postponed	
Evaluación del presupuesto requerido por UE con la disponibilidad financiera		Postponed	
Reuniones Técnicas GR/DIRESA/UE para realizar la formulación del presupuesto requerido por UE		Postponed	

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 2013 PAN y SMN con DIRESA y UE			
Reuniones técnicas para realizar ajustes en Directiva de Ejecución presupuestal			
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			
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).		Advanced	
Reuniones técnicas con DGIEM para revisión de normas técnicas de parámetros de infraestructura y equipamiento para I y II nivel		Advanced	
Desarrollo del aplicativo del PMI (incluye manuales)		Advanced	
Taller de formación de facilitadores para conducir procesos de PMI		Completed	
AT a GR para identificar necesidades de inversión en establecimientos estratégicos (Cajamarca, Ucayali)		Completed	
AT a MINSA para reuniones regionales de presentación de resultados de necesidades de inversión en establecimientos estratégicos en 7 regiones		Completed	
Ayacucho			
Reunión de presentación de resultados de talleres de necesidades de inversión en establecimientos estratégicos a GR		Completed	
AT a GR para formulación de estudios de pre-inversión de establecimientos estratégicos basados en parámetros PMI		Completed	
Taller de formación de facilitadores regionales para conducir la formulación del PMI regional		Completed	
Talleres de formulación de PMI por redes (Ayacucho Centro, Ayacucho Norte, Ayacucho Sur y Huamanga)		Completed	
Reuniones técnicas con instancias clave de GR (Gerencia Inversiones, Desarrollo Social, Gerencia General, y Planificación) para el proceso de formulación y aprobación del PMI		Completed	
AT a GR para la elaboración y aprobación del documento del Plan Multianual de Inversiones regional		Advanced	
San Martin			
Reunión de presentación de resultados de talleres de necesidades de inversión en establecimientos estratégicos a GR		Completed	
AT a GR para formulación de estudios de pre-inversión de establecimientos estratégicos basados en parámetros PMI		Completed	
AT a GR para socializar los resultados del PMI a nivel local		Postponed	
AT a GR para formulación de perfil PIP DCI		Completed	
AT a DIRESA para definir el enfoque de las intervenciones para reducir la DCI en SMT financiadas por USAID		Completed	
AT a GR y DIRESA para formulación de proyecto de Seguimiento Longitudinal para reducir la DCI en SMT financiado por USAID		Completed	
Ucayali			
Talleres para identificar necesidades de inversión en establecimientos estratégicos		Completed	
3. Health Information			

Activity 3.1. The capacity of public health faciiltes providers to collect, analyze and use data has been strengthen in six regions			
3.1.1 Promote the use of information in decision making at national, regional and local levels, specially with respect to health service provision, policy making and oversight of new initiatives			
Central			
Diseño de instrumento para el seguimiento de las IE en salud y la reducción de la DCI en cohortes según grupos etareos incluyendo a gestantes.		Postponed	
Desarrollo de prototipo de seguimiento longitudinal de DCI con base en data mart		Postponed	
Desarrollo de data mart para la consolidación de información y gestión de prioridades sanitarias regionales (DCI) y para la gestión estratégica de servicios (redes y DIRESA)		Postponed	
Elaboración guía metodológica a ser empleada en DIRESA, Redes y Micro redes para implementación y uso del seguimiento longitudinal		Advanced	
3.1.2 Improve data collection methods			
Central			
Merchandising GalenHos (logotipo, empaquetado)		Initial	
Desarrollo de módulo de salud materna		Intermediate	
Desarrollo de módulo de reportes para gestión local (MR) de la desnutrición infantil y salud materna		Intermediate	
Desarrollo Módulo Punto de Digitacion I Nivel para EESS sin PCs		Completed	
Desarrollo Módulo Referencia-Contrarreferencia		Postponed	
Desarrollo y validación de módulo de envío de datos (de MR a Redes y DIRESA)		Initial	
Ayacucho			
AT para el monitoreo del proceso de soporte técnico al funcionamiento de GalenHos en el Primer Nivel		Completed	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la infraestructura informática		Completed	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la conectividad el Primer Nivel		Completed	
Talleres I de capacitación en el manejo de GalenHos (módulos básicos)		Completed	
Talleres II de capacitación en el manejo de GalenHos (módulos de ayuda al diagnóstico, farmacia, facturación)		Completed	
Monitoreo local continuo de la implementación de GalenHos en el Primer Nivel		Completed	
Talleres de diseño de modulo de reportes para la gestion local		Postponed	
AT para el uso de información de la producción para la toma de decisiones locales		Postponed	
San Martin			
AT para el monitoreo del proceso de soporte técnico al funcionamiento de GalenHos en el Primer Nivel		Advanced	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la infraestructura informática en distritos PAIMNI		Initial	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la conectividad del Primer Nivel en distritos PAIMNI		Initial	
Talleres I de capacitación en el manejo de GalenHos (módulos básicos)		Completed	
Talleres II de capacitación en el manejo de GalenHos (módulos de ayuda al diagnóstico, farmacia, facturación)		Completed	
Monitoreo local continuo de la implementación de GalenHos en el Primer Nivel		Completed	
3.1.4 Streamline and improve the HIS as a whole so that needed information at all levels is cohesive, avoids duplication and is produced efficiently			

Central			
Actualizacion de GalenHos según nuevos requerimientos de informacion determinados por el SIS		Advanced	
Desarrollo de trama de datos para viabilizar reembolso regular en pacientes SIS		Advanced	
Desarrollo de trama de datos para viabilizar reembolso por enfermedades de alto costo en FISSAL		Advanced	
Actualización de GalenHos según nuevos requerimientos de información determinados por el FISSAL		Initial	
Ayacucho			
Diseño y desarrollo de módulo de reportes referidos al aseguramiento SIS para usuario DIRESA		Postponed	
3.1.5 Support the implementation of regional action plans for the improvement of the performance of the regional HIS			
Central			
Mantenimiento de blog de capacitación GalenHos		Completed	
Desarrollo de rutina de prescripción de medicamentos en módulo de consulta ambulatoria			
Desarrollo Módulo Archivo/Citas/Consulta Externa en version web		Advanced	
Desarrollo Módulo GalenHos FISSAL		Inicial	
Desarrollo rutinas de importación y exportación de datos clave (RENIEC, SUNASA, SIS, Referencia)		Intermediate	
Desarrollo de modulo de reportes para gestión operativa del establecimiento (farmacia, facturación, medicamentos, recursos humanos, uso de servicios)		Postponed	
Ayacucho			
Actualización de GalenHos a la versión reciente		Advanced	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento		Completed	
Cajamarca			
Actualización de GalenHos a la versión reciente		Completed	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento		Completed	
Cusco			
Capacitación a usuarios finales de GalenHos		Postponed	
Migración de base de datos preexistentes a GalenHos		Postponed	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento		Postponed	
Huánuco			
Capacitación a usuarios finales de GalenHos		Postponed	
Migración de base de datos preexistentes a GalenHos		Postponed	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento		Postponed	
La Libertad			
Capacitación a usuarios finales de GalenHos		Intermediate	
Migración de base de datos preexistentes a GalenHos		Intermediate	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento		Intermediate	
San Martin (Tarapoto)			
Capacitación de usuarios finales de GalenHos		Completed	
Instalación de módulos de internamiento, emergencia y facturación		Completed	

Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento		Completed	
Tumbes			
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento		Completed	
1.3.6 Ensure compliance with appropriate national data quality standards developed with USAID/Peru support at regional and local levels			
Central			
Elaboración de propuesta de estándar de interoperabilidad en imágenes		Postponed	
Desarrollo de módulo de gestión de imágenes		Postponed	
4. Health Workforce			
Activity 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			
Central			
Reuniones técnicas con SERVIR para presentar avances en la implementación del sistema de gestión de RHUS e intercambiar aportes		Completed	
4.1.2 Develop long-term plans for Human Resources, including development of theappropriate set of job functions at different professional levels and responsabilities in the health system and forecasting needs with respect to these functions			
Central			
Desayunos de trabajo con expertos nacionales y regionales para presentar la experiencia de dotación de RHUS (metodología de cálculo de brecha de RHUS, índice de ruralidad y análisis de dotación)		Postponed	
Sistematización de las experiencias de dotación de RH en 3 regiones		Initial	
Ayacucho			
AT a la DIRESA para el desarrollo del estudio de índice de ruralidad para Ayacucho y el diseño de una directiva regional		Completed	
Reuniones técnicas con equipo técnico de la DIRESA para definir, recolectar y analizar la informacion necesaria para calcular la brecha de RHUS para el primer nivel de atencion, desde la micro-red		Completed	
Reuniones técnicas con los equipos de gestión de DIRESA y redes para el manejo del aplicativo para estimar dotación de RRHH a corto y mediano plazo		Advanced	
Talleres de trabajo con los equipos técnicos de la DIRESA, redes y MR para analizar la brecha de RHUS encontrada y definir estrategias para cubrirlas.		Advanced	
AT a la DIRESA en el diseño de la directiva de dotación de RRHH		Completed	
San Martin			
Reuniones técnicas con los equipos de gestión de DIRESA y redes para el manejo del aplicativo para estimar dotación de RRHH a corto y mediano plazo		Completed	
Reuniones técnicas con el equipo técnico de la DIRESA para definir, recolectar y analizar la informacion necesaria para calcular la brecha de RHUS (tiempos, ruralidad, dotación, población) para el primer nivel de atencion en todas las MR		Completed	
Talleres de trabajo con los equipos técnicos de la DIRESA, redes y MR para analizar la brecha de RHUS encontrada y definir estrategias para cubrirlas.		Completed	
Reuniones técnicas para la sistematización de la experiencia de aplicación de metodología de cálculo de brecha de RHUS y propuesta de sistema de planificación de RHUS.		Initial	
Reuniones técnicas con GR para identificar necesidades de la Unidad de Recursos Humanos en la DIRESA		Initial	

AT a GR/DIRESA para fortalecer la gestión de recursos humanos en salud (Unidad de Recursos Humanos)		Postponed	
Ucayali			
Talleres de trabajo con los equipos técnicos de la DIRESA y redes para analizar la brecha de RHUS encontrada y definir estrategias para cubrirlas, en todas las MR		Completed	
4.1.3 Develop competency profiles for health managers at the regional and health network levels			
Central			
Reuniones técnicas con SERVIR para presentar avances en la implementación del sistema de gestión de RHUS e intercambiar aportes		Completed	
Desayunos de trabajo con expertos nacionales y regionales para presentar las experiencias de escala salarial (organización del trabajo) y definición de perfiles de puestos (gestión de la compensación)		Postponed	
Reuniones técnicas con SERVIR para retroalimentarlos acerca de la metodologia para definir perfiles de puestos.		Completed	
4.1.4 Develop policies and tools for ensuring continued staffing in health servicies			
San Martin			
Reuniones técnicas para analizar los problemas de RHUS relacionados con la implementación del Programa de Nutricion y definir mejoras en los procesos del sistema de gestión de recursos humanos involucrados		Postponed	
Reuniones técnicas con la DIRESA para diseñar una propuesta de escala salarial a nivel de EESS para personal contratado por CAS		Completed	
4.1.5 Develop and implement workforce management policies with incentives and salary guidelines in collaboration with the civil service reform process			
Central			
Revisión de estudios e investigaciones acerca de otorgamiento de incentivos para retención de personal en el primer nivel de atención de áreas rurales (incluye conclusiones y recomendaciones)		Cancelled	
Sistematización de las experiencias de perfiles de puestos en 2 regiones		Intermediate	
Ucayali			
Reuniones técnicas para fortalecer capacidades en el manejo de una escala salarial		Completed	
Reuniones técnicas para sistematización de la experiencia de escala salarial		Cancelled	
Activity 4.2. Ensure competency of workers in the health sector			
4.1.6 Strengthen policies for continuous education and on the job trainin to improve quality of care; establish and ensure compliance with minimun competency requirements for meeting quality standards			
Ayacucho			
Reuniones técnicas para el fortalecimiento de capacidades en gestión de recursos humanos al equipo técnico de la Oficina de Recursos de la DIRESA y redes		Completed	
Reuniones técnicas con la Oficina de RHUS de la DIRESA para definir el perfil de competencias para la gestión de recursos humanos y diseñar el respectivo diccionario de competencias		Completed	
Reuniones técnicas con la Oficina de RHUS de la DIRESA para definir los perfiles de todos sus puestos, en base a la metodologia de SERVIR, con miras a su acreditación.		Completed	
Reuniones técnicas con el equipo de gestión de DIRESA y la Oficina de RHUS para definir los perfiles de puestos del EBS del primer nivel de atención, en base a la metodologia de SERVIR.		Completed	
Reuniones técnicas para sistematización de la experiencia de perfiles de puesto		Initial	

3. Planned Activities

Bellow is the proposed work plan in response to USAID request for proposed activities for the next two years. Proposed activities fit into the original Project main objective of strengthening the core functions of the health system, related to five outcomes:

- Outcome1: Health Sector Governance
- Outcome 2: Health Financing and Insurance
- Outcome 3: Health Information Systems
- Outcome 4: Health Human Resources
- Outcome 5: Medical products, Vaccines and Technologies

3.1 Outcome 1: Health Sector Governance

Activity 1.1: Strengthen and Expand Decentralization of the Health Sector

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

For effective governance within the decentralized context in Peru, the Regional Health Directorates (RHDs) needed to be structured in a way that makes sense in light of their new roles and functions. In the remaining years of the project, the HPR Team will continue to provide ongoing technical assistance to San Martin in the implementation of the new organizational structures and will extend this assistance to the health networks to help them reorganize some processes related to the provision of health services.

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

In the remaining years, the HPR Team will support the MOH in the implementation of MEDSalud to define, monitor, and evaluate regional accomplishment of results in priority health areas. This is the health decentralization Monitoring and Evaluation (M&E) tool developed by Abt Associates under a previous USAID/Peru-funded project.

Improve capacity of regional and local authorities to effectively and efficiently manage their health systems and programs

To improve the management of this program, HPR identified a set of constraints that pose barriers for the expansion of the prioritized interventions. This experience captured the interest of the new Ministry of Inclusion and Social Development (MIDIS), who will provide the political support to the region of San Martin and HPR to continue with implementation, monitoring progress, and evaluating results to obtain lessons for its expansion to other regions.

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

The MIDIS pilot experience in San Martin will involve local governments in following up with small children and their parents in order to promote demand for health services and protect these children from the risk of malnutrition.

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

The project will implement two strategies to monitor these issues: revise the MEDSalud tool (the health decentralization M&E tool developed by the PRAES Project and approved and applied nationwide by the MOH), to develop and validate indicators to monitor the role of gender, stigma and discrimination; and use the reports generated by the GalenHos system to define additional indicators to monitor the role of gender, stigma and discrimination in the provision and utilization of health services.

Strengthen intergovernmental coordination mechanisms for health policy

In the next year, the HPR Team will support the National Assembly of Regional Governments (Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales - ANGR), which is part of the CIGS assembly, to address identified obstacles to the implementation of regional health programs such as infant chronic malnutrition.

Coordinate health providers and user groups' response to reduce gaps in coverage in approved regions.

A qualitative study of the users' perceptions of health services in San Martín and Ucayali was used by the regional health authorities to identify operational barriers to increase health service coverage. Some mechanisms to overcome these barriers will be implemented in San Martín for the reduction of chronic malnutrition.

3.2 Outcome 2: Health Sector Financing and Insurance

Activity 2.1: Improve Health Coverage of Poor and Vulnerable Populations

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

The HPR project will continue to engage the MOH and the Integrated Health Insurance Program (SIS) to improve the information generated by the current SIS information system. These improvements will allow SIS to generate information reports that facilitate the future transition from the current payment mechanism (fee for service) to a per capita payment mechanism for primary health care provided in first level networks. For hospitals, the team will contribute to improving the dataset generated by SIS with the goal of changing the current retrospective payment mechanism to a prospective one, based on diagnosis-related groups, such as the HRG (Healthcare Resource Groups). This activity will build on previous work done under the USAID PHR project. The HPR project will also help to link the current SIS information system with the clinical content of the PEAS benefit plan, using GalenHos as a bridge for this general purpose.

HPR will also contribute to improve the performance of the other public financing agency, the Intangible and Solidarity Health Fund (Fondo Intangible Solidario en Salud - FISSAL) through the adaptation of GalenHos for the detailed follow up, reporting, and analysis of high

cost reimbursement claims. For this purpose the project will propose interoperability standards to allow a meaningful exchange of information between national hospitals and FISSAL headquarters, which in turn will enable FISSAL to generate the dataset needed for the design of high cost HRGs and introducing a prospective payment mechanism, following the same methodological path to be worked out with SIS.

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

HPR has encouraged the MOH and other donors to pool resources for an impact evaluation of the insurance reform, and has provided technical assistance to PAR Salud to design the Universal Health Insurance (UHI) baseline evaluation. Funds have been made available by the MOF for the UHI pilot sites emphasizing key elements such as affiliation of the insured and the provision of financing. At the end of project, the HPR Team will provide technical assistance to the MOH to assess the progress of this health financing reform and develop a strategy to ensure health financing reform is developed with broad participation and gains wide public support.

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

The project will support SIS in order to extend health insurance coverage of non-poor populations with health insurance, particularly those engaged in small and micro enterprises. An opportunity window has been opened by Legislative Decree N° 1086, through which employers of micro and small enterprises who opt to formalize their operations will be able to enroll their employees in semi-contributive health insurance schemes under SIS and EsSalud. HPR is also working with SIS to define a supplementary health insurance package –such as the oncology insurance- to expand the current PEAS, and make it a critical component of the “Hope Plan”, recently announced by the new authorities of the MOH.

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).

Modifications in the disease and demographic profiles, alongside changes in the dynamics of the Peruvian labor market and income distribution will modify the financial requirements to cover the health needs of the Peruvian population. The HPR Health Financing team will develop the health risks models required to forecast the long-term health insurance financial requirements.

Activity 2.2: Ensure Efficiency and Equity in Health Resource Allocation

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

The HPR Team will provide technical support to at least two regional governments in the development of resource allocation models based on health needs and results, increasing the efficiency and equity of expenditures within the health networks (Budget Units). These models are being designed on the basis of an assessment of the current flow of financial resources and the identification of existing bottle necks in the system. This assessment will

be conducted in close collaboration with the regional and local health authorities in each region. The HPR Team will also build regional and local capacity to analyze and use the data of the MOF´s SIGA (Sistema Integrado de Gestion Administrativa) as the system is currently not being fully used at the regional and local levels.

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

The HPR project team will provide technical support to the MOH and Social Inclusion Ministry (MIDIS) to carry out a pilot of inter-sectoral (MIDIS, MOH, MOF and the Ministry of Housing, Construction and Sanitation-MVCS) and inter-governmental (national and regional governments) coordination. In this pilot, changes in selected public budgeting systems will be assessed, focusing on those that directly affect the financing of health service provision. For instance, changes in rules for the programing, formulation, and execution of the public budget will be assessed, since these processes have been identified as constraints to effective management of regional health priorities, such as the reduction of the rate of chronic child malnutrition.

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.

The project will continue to work with the MOH and MOF in the development of the methodological guidelines for Multiyear Health Investment Planning, based on both the PEAS approved by the UHIL, as well as public health priorities. These guidelines will allow investment decision makers – at the regional and local levels of government- to: 1) identify existing resource gaps and resources needed to comply with PEAS and Public Health programs; and 2) develop a prioritized list of investment projects over the next 4 years. The project will assist at least three regional governments to formulate and implement a Multiyear Health Investment Plan that is expected to reorient present and future resources toward strengthening the primary health care level in accordance with the UHI reform.

3.3 Outcome 3: Health Information

Activity 3.1: Strengthen the Capacity to Collect, Analyze and Use Data in the Health Sector

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.

The HIS team will design and test a plan to analyze information generated by health providers, beginning with MCH – HIV and FP/RH-related reports, and will follow with the design of additional GalenHos-based routine managerial reports. Guidelines will be prepared to identify critical health service problems, possible solutions, and health priorities. We will hold biannual regional technical meetings for analysis of this information in San Martín with managers from networks and the RHD. These meetings will support decisions to improve clinical performance indicators for both primary level and hospital level care. We will also organize annual meetings with the MOH for follow-up on national policies regarding MCH, HIV, FP/RH and other prioritized health topics.

Improve data collection methods.

In year 1, the HPR HIS team worked closely with the MOH and RHDs to identify their information needs for governance (MOH and RHD), financial management (SIS), and service provision (including a user satisfaction assessment tool for improving quality of care within primary and hospital care providers). This assessment will be used for the design of an expanded GalenHos HIS that includes Primary Care. In years 2, and 3 installation began in selected health micro networks in Ayacucho and San Martín and will continue in year 4.

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

In year 4, the HPR HIS Team will organize a Training of Trainers (TOT) for professional staff from San Martín RHD on the GalenHos module to monitor quality-of-service and formulate a continuous plan to monitor health service quality at the network level. This module will facilitate the generation of indicators based on current PEAS guarantees regarding MCH. The GalenHos module on quality-of-service will also be implemented in the Ayacucho RHD.

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

The HPR IT Team will facilitate the creation of an HIS Committee with membership from the MOH/SIS and RHDs. This committee will identify datasets and data flows to be implemented at the regional and national levels to support decision making on health governance, service provision and financing issues. The HPR Project will also help the MOH establish the technical requirements for a national-regional investment project that estimates costs for: 1) hardware/connectivity and IT infrastructure; 2) IT capacity building; and 3) training for RHDs and a network for the operation of the updated HIS data framework.

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

The HPR HIS team will continue to provide specialized guidance for the execution and monitoring of the regional action plans already formulated by San Martín and Ayacucho RHDs based on the World Health Organization (WHO)/Health Metrics Network assessment tool. Starting in year 4, the HPR IT Team will work closely with MOH, SIS and RHDs to design and implement SIS and RHD-level reporting modules based on data registered in GalenHos (primary care and hospital versions).

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

In year 1, the HPR Project provided technical guidance to the MOH for the update of the medical procedures national data standards, and in years 3 and 4, the HPR project will continue its guidance to the MOH for the design and implementation of one interoperability standard at the level of providers (GalenHos), RHDs, and MOH.

Ensure public availability of timely, accurate data.

Starting in year 4, the HPR HIS team will provide technical guidance to the RHDs for developing regional “data marts” that will be inserted into the Regional Governments’ web

sites. These data marts are repositories that allow broad access to frequently needed data, improve end-user response time, and will have a lower cost than a full data warehouse. The HPR Project will work with the RHDs to: 1) define the regular reports on clinical performance to be made public; 2) design and develop the data mart based on data available from GalenHos; and 3) identify institutional requirements for the administration and maintenance of the generated data mart.

3.4 Outcome 4: Health Workforce

Activity 4.1: Support the Design and Implementation of a Broad-based System for Planning and Managing the Health Workforce

Build consensus regarding health civil service reform

In the beginning of project year 4, within the framework of the Career Path for Health Services, HPR will encourage the extension of this discussion to policies and strategies to define a career path for health workers in primary healthcare facilities. This activity will address one of the main problems in the Peruvian health system, i.e., the lack of incentives to retain health workers at the first level of care, particularly in health networks that are remote and provide services to excluded populations. In close coordination with the MOH and SERVIR, the HPR project team will provide technical support to define incentives and salary guidelines for health providers in order to decrease staff turnover.

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.

In year 3, the HPR Project will validate the methodology in at least three Regions and has estimated HR needs and designed strategies to fill the HR gap in the short, medium and long term. In year 4 the HPR Project will develop a proposal for a bottom-up HR planning system for the first level of care in one region that will provide accurate and timely information from networks and micro networks to the RHDs. In years 4 and 5 the project will: 1) facilitate workshops at the regional level to refine and institutionalize this HR planning system, including long term needs; 2) carry out technical assistance meetings to train regional and local teams on the new HR planning system, and; 3) present the projected needs for local HR, based on the forecasting results.

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

In year 3, jointly with SERVIR, and taking into account human resources management competencies, the project designed the job profiles for each of the positions of the Directorate of Human Resource Development of Ayacucho RHD, networks and micro networks. In year 4, working with the MOH and National Civil Service Authority, Dr. Hidalgo will develop the key job functions for health managers at the network level.

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

One critical problem for the provision of quality health services is the lack of trained health personnel. Although budgetary allocations have increased allowing for the hiring of

additional staff, this lack of personnel has not been resolved, especially at the primary care level. It is important to recruit qualified personnel to work at the first level of care, as well as retain competent staff by providing fair and equitable wages to compensate for work in remote and undeveloped areas. Besides job profiles for managerial positions, in year 3, the HPR project will define job profiles for the basic teams working in primary health care (PHC). In year 4, based on job profiles for PHC, the project will work at the regional level in the development of recruitment and selection processes for doctors, nurses and midwives in primary health care. In year 5, the project will provide technical assistance at the regional level to implement new salary scales on new contracts in order to recruit and retain competent staff.

Develop policies and tools for ensuring continued staffing of health services

SERVIR defined the HR management system as “the set of rules, principles, resources, methods, procedures and techniques used by public sector entities in the management of human resources”. In years 4 and 5, based on priority human resource issues at the micro network level, the project will define processes, tools, instruments and operation manuals required at each level to put the respective HR subsystem in place, and will facilitate workshops at the regional level to define and institutionalize selected subsystems of the HR management system. Taking into account the defined job profiles for managerial positions and primary health care staff, the project team will provide technical assistance to the RHD in one region to develop competency-based recruitment and selection processes; supervision and performance evaluation procedures; and non- monetary incentive strategies to retain critical talent and to ensure continued staffing of health services.

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

In year 3, the HPR project will define a methodology to establish salary scales according to criteria that support health worker retention for at least for 2 years. This methodology will be implemented in at least 3 regions. In years 4 and 5, the HPR project will assess the impact of this methodology and will propose guidelines to be used at the national level.

Activity 4.2: Ensure Competency of Workers in the Health Sector

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

Competency-based Human Resource Management involves a transition from the traditional way of managing human resources based on what people have (e.g. qualifications) to what people can do (performance). A competency is the combination of knowledge, skills, and ability to perform a job function, which can be measured against standards and can be improved by training and staff development. In years 3 and 4, in order to establish and ensure compliance with minimum competency requirements for meeting quality standards, the HPR Team will develop a system for the evaluation and supervision of competencies for health managers. These systems, policies and tools will be tested and implemented in one region, in close consultation with the MOH and the respective RHD. In year 5, the project will conduct an assessment of the competency based model.

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. The HPR Team will include those professional competencies in job profiles and will coordinate with training institutions to incorporate job competency profiles into their curricula. In year 4, these competencies will also be incorporated into the system for the evaluation and supervision of competencies for health managers that HPR will develop with regional authorities in one region.

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

In year 3, the project will support the DIRESA in Ayacucho to define competencies for human resource management. In Year 4, the HPR project will support the RHD in San Martín to define managerial competencies for networks and micro networks. In years 4 and 5, the HPR project will provide technical assistance to San Martin RHD in the utilization of these managerial competencies as part of the performance evaluation system to ensure compliance with minimum competency requirements for the management of health services.

3.5 Outcome 5: Medical Products, Vaccines and Technologies

Activity 5.1: Improve Capacities and Policies at the National and Regional Levels to Ensure That Medical Products, Vaccines, Contraceptives and Supplies Are Procured, Stored Transported and in Stock at Facilities According to Established Logistics Standards

Improve the logistics system to ensure quality and availability of pharmaceuticals and supplies

In the remaining project years, HPR will help the MOH's logistics operator to develop a monitoring and evaluation system for the public sector pharmaceutical procurement mechanism in the regions, as well as in the development of distribution and transport systems. At the regional level the project will also help RHDs to: (1) develop and/or update and institutionalize procedures manuals for regional procurement of pharmaceuticals and supplies with the addition of controls and indicators for processes and results; (2) provide technical assistance for regional purchasing of pharmaceuticals; (3) improve transport practices, (4) improve stock management and; (5) monitor and supervise logistics management.

Strengthen capacities of national, regional and local authorities to plan and forecast needs for pharmaceuticals and other health care supplies

The HPR project team in the first year designed a methodology proposal to plan and forecast pharmaceutical and medical supply needs using a pull system approach. This approach was in accordance with PEAS, the population epidemiological profile, national, regional and local priorities, and budget availability. This proposal will be submitted to the General Office of Medicines and Supplies (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas-DIGEMID) and the Office for the Supply of Strategic Health Resources (Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud-DARES) for review and will be validated

in San Martín. It will also be necessary to update the pharmaceuticals included in the PEAS ensuring that they are present in the National Essential Drugs List, and if not included, provide technical assistance to the General Office of Human Health (Dirección General de Salud de las Personas-DGSP) in support of their inclusion by DIGEMID. We will be careful to propose actions and procedures that ensure the existence of pharmaceuticals and supplies for basic maternal and child health (MCH) and family planning/reproductive health, in accordance with regional priorities.

Develop and implement systems to enforce regulation of quality control and the use of transparent mechanisms of purchase and inventory at national and/or sub-national levels

An important aspect of a supply system is the use of quality control practices and the use of mechanisms that guarantee transparency in all processes. In the case of Peru, the Public Acquisitions Law (approved by D.L. N° 1017) and its regulation (approved by D.S. N° 184-2008-EF), include the obligation to guarantee the quality of products that are acquired, as well as the fulfillment of certain processes that ensure or promote the transparency of purchases. The HPR Team, jointly with the RHD and their health networks, will target efforts to develop, in detail, all stages of the procurement process, with the development and implementation of indicators and controls that will verify correct execution of procurement procedures with transparency, quality control, and within the defined time.

Monitor the availability and quality of drugs by enforcing the use of tracer products from the list of essential medicines

After having estimated the demand for drugs and supplies and deploying the logistics system, it will be necessary to develop procedures to control and monitor the availability of products in the health facilities. Although the use of tracer products serves to facilitate an efficient monitoring of the availability and quality of pharmaceutical products, since 2007 a list of tracer products does not exist per a mandate of the MOH. HPR will use all pharmaceuticals linked to the reduction of child malnutrition as proxies for tracers, based on the following criteria: 1) they embrace the pharmaceutical and supply components in the logistics chain, 2) they are involved in critical instances of the integral care given to the mother and child (antenatal care, delivery, puerperium, child growth control, child morbidity, family planning), and 3) they need to have effective coordinating mechanisms alongside the primary and hospital care subsystems for the intervention to be useful.

Support increased capacity of workers at all levels within the health system to track consumption, project needs, request, purchase and store pharmaceuticals and supplies

In year 2 and continuing in year 3, the HPR Team will implement, jointly with regional logistics managers, a capacity building program directed to the network and micro network logistics staff, in order to build their capacities to improve: 1) planning and forecasting of needs for pharmaceuticals and supplies; 2) key logistics processes and procedures; and 3) the monitoring and evaluation system of pharmaceuticals and supplies.

After developing the manual of logistics processes, the HPR project team, jointly with the network and micro network health workers, and with the participation of the RHD as the governing body, will start the analysis and design (or redesign) of the current sub processes, with the goal of encouraging the RHD to embrace a process of continuous improvement.

This cycle will begin with the establishment of a regional priority (e.g. maternal death or chronic child malnutrition) and then structure a logistics system (process management) that will facilitate the availability of medical products and/or supplies at the time required by patients or users of the health facilities. This activity will help improve capacity to track consumption, project demand, perform replacement, and launch and manage procurement processes in an appropriate manner. The available institutional budgets in comparison with the estimate of the demand will be a very important factor to take into account.

Appendix 1: Design of an Articulated Management Pilot for the Reduction of Infant Chronic Malnutrition in San Martin and Cusco

Introducción

El MIDIS es el ente rector del objetivo multisectorial de reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) de acuerdo a la siguiente normativa.

- Ley N° 29792, Ley de Creación, Organización y Funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- Decreto Supremo N° 001-2011-MIDIS, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- Directiva de Programación y Formulación de Programas Presupuestales donde se definen las estrategias presupuestales como una función multisectorial.

Compete al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social formular, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales en materia de desarrollo e inclusión social, encaminadas a reducir la pobreza, las desigualdades, las vulnerabilidades y los riesgos sociales, en aquellas brechas que no pueden ser cerradas por la política social universal, regular, de competencia sectorial, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales.

La desnutrición infantil en el Perú afecta, en especial, a los niños menores de tres (3) años de edad, encontrándose asociada a daños físicos y cognitivos irreversibles que afectan su bienestar social y económico.

La desnutrición crónica infantil es producto de múltiples factores directamente relacionados con la ingesta de alimentos y la salud del niño, como son la incidencia de bajo peso al nacer, la elevada morbilidad por enfermedades infecciosas, la deficiencia de consumo de micronutrientes, así como las condiciones físicas y sociales del ambiente, educación, acceso a información, estado de salud de la madre, ingreso familiar, condiciones de trabajo, entre otros determinantes sociales.

Dada la naturaleza multidimensional de la desnutrición crónica, la implementación de un enfoque que la reduzca, requiere la articulación efectiva entre las intervenciones sectoriales, las de los distintos niveles de gobierno y los programas presupuestales.

En este marco plantea la realización de dos pilotos de Gestión Articulada para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, en los sucesivo PGAR-DCI.

Antecedentes

El esfuerzo nacional del MEF por vincular presupuesto a resultados requiere mantenerse y fortalecerse; de igual manera, la agenda de descentralización es un proceso en marcha. En este contexto el MIDIS asume la rectoría sobre un resultado conjunto y multisectorial que implica:

1. Financiamiento para programas presupuestales relacionados
2. Concordancia sectorial con los lineamientos técnicos para la programación de las intervenciones efectivas para la reducción de la desnutrición reconocidas con evidencia empírica, y,

3. Coordinación de acciones en espacios territoriales concretos donde tendrá lugar la implementación de las intervenciones efectivas relacionadas a salud, agua y saneamiento, así como los programas Juntos y Cuna Mas.

En este contexto, resulta necesario probar los mecanismos explícitos para que opere la Gestión Articulada para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (GAR-DCI).

Aunque existe suficiente evidencia sobre las intervenciones que se requieren para reducir la desnutrición de los niños, las mismas que se presentan en la siguiente tabla, su implementación continúa siendo un reto.

Tablas 1: Lista de Intervenciones Efectivas para reducir la Desnutrición Infantil

Intervenciones Efectivas	Sectores	Programa Presupuestal
a) Estrategias para mejorar la ingesta de nutrientes y micronutrientes		
1 Suplemento energizante balanceado (dieta calórica y protéica) para gestantes	Programas sociales	MIDIS (Cuna Más); GR (PIN)
2 Sumplemento de micronutrientes múltiples (hierro, ácido fólico, vitamina A)	Salud	PAN/SMN
3 Promoción de la lactancia materna exclusiva (todas las madres que tienen parto institucional)	Salud	SMN
4 Consejería sobre alimentación complementaria	Salud	PAN/SMN
5 Consejería sobre alimentación complementaria y entrega de alimentos	Salud	PAN/SMN
6 Vitamina A para prevención	Salud	PAN
7 Zinc para prevención	Salud	PAN
b)Estrategia de prevención de enfermedades		
8 Uso de fuente de agua a menos de 30 minutos del hogar*	MVCS	Agua&Saneam
9 Uso de la conexión de agua*	MVCS	Agua&Saneam
10 Alcantarillado o letrina*	MVCC	Agua&Saneam
11 Lavado de manos con jabón	Salud	PAN/SMN
12 Eliminación higiénica de las heces infantiles	MVCS	Agua&Saneam
13 Planificación familiar (porcentaje de demanda satisfecha de Planificación familiar)	Salud	SMN
14 Parto institucional	Salud	SMN
15 Atención postparto (puerperio)	Salud	SMN
16 Vacunas	Salud	PAN
c) Estrategias para el mejoramiento de enfermedades		
17 Suero de rehidratación oral (SRO)	Salud	PAN
18 Antibióticos para la disenteria	Salud	PAN
19 Zinc para tratamiento de diarreas	Salud	Sin programa
20 Tratamiento de neumonia con antibióticos	Salud	PAN
21 Alimentación terapéutica (rehabilitación nutricional de desnutrición aguda)	Salud	PAN
d) Estrategias para el mejoramiento de ingresos	Programas sociales	MIDIS (Juntos)

Fuente: Bhutta Z, Ahmed T, Black R, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider B, Kirkwood B, Morris S, Sachdev S, Shekar M. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival.Lancet 2008; 371: 417–40. **Elaboración**: USAID/Políticas en Salud 2011

Las evaluaciones han demostrado que estas intervenciones efectivas no llegan a todos aquellos que las necesitan, en particular a los más pobres[iiiiii].

Los programas destinados a ofrecer estas intervenciones son muy a menudo irregulares, de baja calidad, inequitativos y de corta duración[iv]. Esta situación se explica en parte por las limitaciones tanto de los sectores involucrados, como de las autoridades territoriales en contextos de exclusión y principalmente, por la ausencia o poca atención a la implementación intersectorial de estas intervenciones. Lo anterior deriva en la necesidad construir mecanismos explícitos para la gestión articulada, de tal modo que los recursos financieros y técnicos insuficientes y/o parciales sectorialmente, se potencien y hagan sinergia, tal que la oferta de servicios casi inexistente en las áreas más pobres se plasme[v].

Un elemento articulador local constituye la implementación de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables[vi].

Propósito de los pilotos:

Poner en prueba, bajo la rectoría del MIDIS, procesos de articulación multisectorial (MINSA; MVSC, MIDIS) y territorial (GR y GL) en un contexto de descentralización, de asignación de presupuesto por resultados y de implementación de la Estrategia para la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI).

Objetivos

1. Diseñar e implementar mecanismos de ejercicio de la rectoría del MIDIS para la gestión articulada de la Estrategia para la reducción de la DCI.
2. Diseñar e implementar los procesos de articulación mutisectorial (MINSA, MVSC, MIDIS) que permitan levantar las restricciones para una gestión articulada en el niel regional, que facilite la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI).

Descripción del piloto

El piloto de gestión articulada regional constituye un ensayo de operación de los mecanismos de rectoría del MIDIS y de los procesos de gestión articulada para el logro de reducción de la DCI. Este piloto tiene las siguientes etapas:

I. Asegurar el financiamiento para los pilotos (Julio 2012- 15 Agosto)

Tomando en cuenta la normativa de presupuesto público 2013, las regiones involucradas tendrán una definición del PIA 2013 en el mes de julio. Este proceso está en curso con los siguientes hitos:

23 de julio: Fecha de presentación de la propuesta de presupuesto del GR San Martín y del GR Cusco al MEF (según acuerdo de la reunión MIDIS – MEF del 23 de junio).

15 de agosto: Solicitud de demanda adicional, para los dos GR y sectores vinculados a la estrategia de reducción de desnutrición crónica (MIDIS, MVCS y MINSA) en ambas regiones. A

esta fecha se estimará el presupuesto requerido con la información disponible de costos y metas a lograr el año 2013

En resumen se plantea tres fuentes del financiamiento de los pilotos:

1. Reasignación de los recursos que ya están contemplados en el PIA re direccionándolos a intervenciones efectivas y zonas prioritarias de desnutrición crónica.
2. Los recursos para el PAN y SMN que se asignan al MINSA para su distribución a los GR[3]. Estos recursos se distribuirán a los GR de San Martín y Cusco correspondiente a los servicios de salud. Asimismo, se calculará requerimientos adicionales para Agua y Saneamiento los que serán incorporados en el Pliego MVCS para ser transferidos a los GL para la instalación de servicios de agua y saneamiento. En ambos casos, dichos recursos corresponderán a los resultados de la programación articulada de la Estrategia para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.
3. Los recursos puestos en la reserva de contingencia o el pliego MIDIS serán transferidos a los GR para la gestión articulada y seguimiento de la Estrategia para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.

II. Afinar el proceso de programación y formulación (Agosto-Diciembre)

Esto es, realizar la programación de presupuesto basado en costos y la formulación presupuestal del presupuesto total (PIA y adicional incluido en el presupuesto) de los siguientes programas presupuestales:

En Salud: PAN y SMN

En Vivienda: Programa Nacional de Agua (que incluye al PRONASAR)

En MIDIS: Programas Juntos y Cuna Mas

Este proceso de programaciónes novedoso en tanto está asociado a:

a. Estimación de las metas de cobertura anualizada, asociada a la reducción de la desnutrición en un horizonte de tres años. Para dicha estimación se usará la aplicación de Spectrum[4]. El incremento de la cobertura será anualizado y expresado en metas físicas para el año 2013.
b. Priorización de áreas geográficas para maximizar impacto.
c. Uso de costos unitarios de las intervenciones efectivas por meta física, con ajustes por ruralidad, dispersión, etc.
d. Estimación del presupuesto requerido como la sumatoria del producto del costo unitario por las metas físicas para el año 2013.

[3] El 2012 estos recursos ascendieron a S/. 680 millones para el conjunto de regiones y programas presupuestales del sector salud.

[4] Ello implica estimar la cobertura basal, definir las coberturas a lograr en un horizonte temporal de al menos 3 años, en concordancia a los puntos porcentuales en la reducción de la DCI que se defina como logro a alcanzar.

Para la determinación de la población objetivo y formulación presupuestal de estos recursos se necesitará de reuniones de trabajo / talleres con funcionarios del GR /GL. La idea es que el proceso de formulación siga el curso regular que corresponde a la expresión del presupuesto por partidas presupuestarias usando los instrumentos de presupuesto público vigentes para tal fin.

Como producto final de la nueva programación realizada en los Gobiernos Regionales de San Martín y Cusco, se debe elaborar las Resoluciones Ejecutivas Regionales (RER) que aprueben las modificaciones presupuestarias en la fase de ejecución presupuestal.

III. Diseño dela implementación (Agosto-Diciembre 2012)

Esta etapa será objeto de un diseño minucioso que será trabajado por un equipo consultivo presidido por el MIDIS que incluye a directivos sectoriales y regionales.

El diseño del piloto tiene como producto el plan de implementación del mismo e identifica los procesos claves para la protección de los niños contra el riesgo de la desnutrición desde su gestación, por ello incluirá:

a. Definición de los planes operativos institucionales. En el caso sectorial, el plan operativo de salud se desagrega en planes a nivel de redes y microredes de servicios; en el caso de los otros sectores en las unidades territoriales concordantes. En el caso intergubernamental, el plan operativo articula las acciones del Gobierno Regional con los Gobiernos Locales.
b. Plan de seguimiento y evaluación de la ejecución presupuestal: monitoreo del nivel de vinculación entre metas y ejecución financiera (Sistema de gestión financiera, logística y de personal).
c. Plan de evaluación de la eficacia sectorial (logro de metas en oportunidad deseada).
d. Plan de evaluación de la eficiencia (uso óptimo de los recursos: actividad por sol gastado; actividad/RRHH).
e. Plan de implementación de un sistema de seguimiento longitudinal desde las gestantes, los procesos de identificación, aseguramiento público, atención de salud y en los programas involucrados del MIDIS.
f. Plan de inversión en agua y saneamiento y los indicadores para monitorizar su avance en la oportunidad debida.
g. Plan de articulación del Programa Juntos y Cuna Más entre ellos y el resto de programas
h. Plan de evaluación del piloto

En general, todas estas actividades deberá estar en concordancia con el Presupuesto reformulado detallado en la etapa

IV. Implementación y seguimiento del piloto (Enero-Diciembre 2013)

En esta etapa se implementa el plan de implementación del piloto ya diseñado en la etapa anterior. Se espera contar con los indicadores claves de seguimiento para el ejercicio de la rectoría de la gestión articulada por parte del MIDIS, así como los indicadores de eficiencia y eficacia para el seguimiento sectorial de la ejecución presupuestal. Adicionalmente, se formularán tableros de control para el seguimiento de las coberturas de servicios asociadas a las intervenciones efectivas.

V. Evaluación del piloto (Octubre - Diciembre 2013)

En esta etapa se implementa el plan de evaluación ya diseñado en la etapa anterior. Se espera contar información suficiente para extender la experiencia con evaluación positiva al resto de regiones y hacer los ajustes necesarios en los aspectos que haya que mejorar, así como conocer y evaluar los efectos no previstos. Cada región constituye un espacio de evaluación y se tiene al resto de regiones del país como contraste.

Sustentación de la demanda adicional

Programación de Presupuesto 2013

Pliego Gobierno Regional San Marín

CATEGORIA DE LA DEMANDA: Programa Presupuestal PAN y SMN

CONCEPTO DE LA DEMANDA

El esfuerzo nacional del MEF por vincular presupuesto a resultados requiere mantenerse y fortalecerse y dentro del marco de descentralización en marcha la región San Martín se ha propuesta como prioridad regional reducir la desnutrición crónica infantil (DCI) para lo cual ha diseñado el el Programa Regional de Acciones Integrales para la Reducción de la Desnutrición (PAIMNI) (Ver Anexo1: Documentos de diseño). Para garantizar el proceso de implementación se estima una demanda adicional de recursos en los Programas Presupuestales Articulado Nutricional (PAN) y Salud Materno Neonatal (SMN). Ello principalmente para incrementar la cobertura y la calidad de los servicios de salud involucrados, así como implementar un sistema de seguimiento longitudinal que permita monitorizar los avances en completar el paquete de atención tanto en gestantes como niños de manera individualizada. El año 2013, la implementación del PAIMNI se hará en el marco de colaboración entre el GR y MIDIS (Ver Anexo2: Acta de Acuerdo) como rector del resultado de la DCI, específicamente en el piloto de articulación intersectorial e intergubernamental. (Ver Anexo3: Piloto de Articulación DCI).

1. **PRIORIDAD DE LA DEMANDA**

Dada la prioridad nacional de reducción de la DCI, la región San Martín comprometida con este propósito tiene avances de implementación de las intervenciones efectivas recientemente definidas por los Lineamientos para la reducción de la DCI normados por el MIDIS que involucran varios sectores y niveles de gobierno. La región San Martín en este contexto, constituye un espacio para probar mecanismos concretos de articulación sectorial e intergubernamental. En el caso del componente de salud, ello requiere incrementar la cobertura de las intervenciones efectivas e incluir los atributos claves para mejorar la calidad y efectividad de los servicios que actualmente se brindan financiados en el PAN y SMN.

2. **OBJETIVO DE LA DEMANDA**

El objetivo de la demanda es atender a niños 36 meses y gestantes en la región, incrementando la cobertura del paquete completo para cada grupo, además de otorgar los servicios con los atributos de efectividad para la reducción de la DCI identificados por la evidencia internacional. Por ello, cumplir con la definición de la meta presupuestal que hace referencia a la población protegida (niños y gestantes, más que atenciones asociadas).

Población de referencia por UE de la región San Martín

	<1año	1año	2años	Niños	Gestantes
UE-400 SAN MARTIN	6,703	6,441	6,237	19,381	8,384
UE-401 ALTO MAYO	5,711	5,931	6,114	17,756	7,126
UE-402 HUALLAGA CENTRAL	3,211	3,067	2,964	9,242	4,016
UE 403 ALTO HUALLAGA	1,414	1,425	1,438	4,277	1,770
UE 404 HOSP TARAPOTO(*)	-	-	-	-	-
				50,656	21,296

(*) El hospital atiende a la población a demanda, por ello no se asigna población.

Dado que la descripción de la unidad de metas presupuestales es “niño controlado” y “niño suplementado”, debiera esperarse que las metas programadas sean iguales o menores. Tal como se muestra a continuación en el caso de los niños menores de 36 meses, las cifras de las metas presupuestales, estás son bastante superiores a la población (probablemente hacen referencia al número de atenciones que entra en contradicción con la unidad de la meta). En el caso de las gestantes, no se da esta discrepancia.

N° de niños y metas presupuestales para CRED y Suplemento de Hierro y Vitamina A

	Niños <36meses	Meta aprobada CRED	Meta aprobada Suplemento Hierro y Vitamina A
UE-400 SAN MARTIN	19,381	45,226	40,849
UE-401 ALTO MAYO	17,756	50,166	43,972
UE-402 HUALLAGA CENTRAL	9,242	-	9,949
UE 403 ALTO HUALLAGA	4,277	-	5,151
UE 404 HOSP TARAPOTO	-	2,083	499
	50,656	97,475	100,420

N° de gestantes y metas presupuestales para Atención Pre-Natal Reenfocada y Parto Normal

	N° Gestantes	Meta aprobada Atención Pre-Natal Re-enfocada	Meta aprobada Parto Normal
UE-400 SAN MARTIN	8,384	5,500	9,000
UE-401 ALTO MAYO	7,126	6,154	4,808
UE-402 HUALLAGA CENTRAL	4,016	2,190	2,704
UE 403 ALTO HUALLAGA	1,770	1,283	1,222
UE 404 HOSP TARAPOTO	-	5,090	1,800
	21,296	20,217	19,534

Usando como insumo los documentos de diseño del PAIMNI, que incluye un estudio de costos de las intervenciones efectivas, se definen la siguiente brecha de demanda adicional.

		0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	**0002. SALUD MATERNO NEONATAL**
400-930 REGION SAN MARTIN-SALUD			
	Ppto_AprobUE400	**4,327,317**	**4,126,996**
	Ppto_ReqUE400	**12,044,301**	**8,422,075**
	Dda_adicUE400	**7,716,984**	**4,295,079**
401-1058 REGION SAN MARTIN-SALUD ALTO MAYO			
	Ppto_AprobUE401	**6,664,793**	**1,411,152**
	Ppto_ReqUE401	**9,289,907**	**6,011,281**
	Dda_adicUE401	**2,625,114**	**4,600,129**
402-1059 REGION SAN MARTIN-SALUD HUALLAGA CENTRAL			
	Ppto_AprobUE402	**1,345,104**	**1,699,249**
	Ppto_ReqUE402	**3,957,950**	**3,876,091**
	Dda_adicUE402	**2,612,846**	**2,176,842**
403-1060 REGION SAN MARTIN-SALUD ALTO HUALLAGA			

	Ppto_AprobUE403	**850,759**	**415,442**
	Ppto_ReqUE403	**2,678,065**	**1,697,656**
	Dda_adicUE403	**1,827,306**	**1,282,214**
404-1400 HOSPITAL - II TARAPOTO			
	Ppto_AprobUE404	**1,115,614**	**4,684,478**
	Ppto_ReqUE404	**3,532,169**	**6,234,544**
	Dda_adicUE404	**2,416,555**	**1,550,066**
	Presupuesto aprobado total región	14,303,587	12,337,317
	Presupuesto requerido total región)	31,502,392	26,241,646
	Demanda adicional (región)	**17,198,805**	**13,904,329**

Appendix 2: San Martin Region - Data for calculation of Human Resources requirements

Table1: List of Networks and Micronetworks – San Martin HRD

	Networks / Micronetworks	N° of MN	N° of health facilities
I	**RED BELLAVISTA**	**4**	**31**
	MR ALTO BIAVO		5
	MR BAJO BIAVO		6
	MR BELLAVISTA		14
	MR SAN PABLO-CONSUELO		6
II	**RED EL DORADO**	**3**	**19**
	MR AGUA BLANCA		6
	MR SAN JOSE DE SISA		7
	MR SAN MARTIN ALAO		6
III	**RED HUALLAGA**	**2**	**18**
	MR SACANCHE		4
	MR SAPOSOA		14
IV	**RED LAMAS**	**1**	**7**
	MR LAMAS		7
V	**RED MARISCAL CACERES**	**4**	**35**
	MR CAMPANILLA		6
	MR COSTA RICA		6
	MR HUICUNGO		8
	MR JUANJUI		15
VI	**RED MOYOBAMBA**	**5**	**44**
	MR JEPELACIO		5
	MR JERILLO		13
	MR LLUILLUCUCHA		12
	MR SORITOR		6
	MR YANTALO		8
VII	**RED PICOTA**	**3**	**31**
	MR LEONCIO PRADO		12
	MR PICOTA		11
	MR PUCACACA		8
VIII	**RED RIOJA**	**4**	**45**
	MR NARANJOS		8
	MR NUEVA CAJAMARCA		12
	MR NUEVO RIOJA		15
	MR SAN JUAN RIO SORITOR		10
IX	**RED SAN MARTIN**	**9**	**99**
	MR BARRANQUITA		14
	MR CAYNARACHI		8
	MR CHAZUTA		8
	MR CUÑUMBUQUI		14
	MR HUIMBAYOC		13
	MR JUAN GUERRA		10
	MR TABALOSOS		7
	MR URBANA 01		8
	MR URBANA 02		17

	Networks / Micronetworks	N° of MN	N° of health facilities
X	**RED TOCACHE**	**4**	**32**
	MR NUEVO PROGRESO		7
	MR POLVORA		10
	MR TOCACHE		7
	MR UCHIZA		8
	San Martin HRD	**39**	**361**

Table 2: Rural Index - San Martin

Clasificación por Índice de Ruralidad (IR)	Rangos del IR		Indicador de Ajuste de productividad
	Mínimo	Máximo	
Mas Rural	.25	.30	0.50
Rural	.31	.38	0.63
Intermedio	.39	.54	0.75
Urbano	.55	.68	0.88
Mas Urbano			

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
I	RED BELLAVISTA			56,310	0.37	Rural	0.63
	MR ALTO BIAVO			**6,693**	0.28	Mas Rural	0.50
1	BARRANCA	P.S.	I-2	1,423	0.28	Mas Rural	0.50
2	CUZCO	**C.S.**	**I-1**	1,717	0.28	Mas Rural	0.50
3	INCAICO	P.S.	I-1	814	0.28	Mas Rural	0.50
4	JOSE OLAYA	P.S.	I-1	1,348	0.28	Mas Rural	0.50
5	NUEVA ARICA	P.S.	I-1	1,391	0.28	Mas Rural	0.50
	MR BAJO BIAVO			**15,624**	0.33	Rural	0.63
6	DOS UNIDOS	P.S.	I-1	1,704	0.33	Rural	0.63
7	LA UNION	P.S.	I-1	1,733	0.33	Rural	0.63
8	NUEVO LIMA	**C.S.**	**I-4**	5,959	0.33	Rural	0.63
9	NUEVO TARAPOTO	P.S.	I-2	2,545	0.33	Rural	0.63
10	SANTA ELENA	P.S.	I-1	1,664	0.33	Rural	0.63
11	YANAYACU	P.S.	I-1	2,019	0.33	Rural	0.63
	MR BELLAVISTA			**22,651**	0.45	Intermedio	0.75
12	BUENOS AIRES	P.S.	I-1	707	0.50	Intermedio	0.75
13	CRISTINO GARCIA CARHUAPOMA	P.S.	I-1	1,911	0.37	Rural	0.63
14	HUACHO	P.S.	I-1	492	0.50	Intermedio	0.63
15	HUINGOYACU	P.S.	I-1	1,075	0.34	Rural	0.63
16	LA LIBERTAD	P.S.	I-2	1,682	0.37	Rural	0.63
17	LAS MERCEDES	P.S.	I-2	500	0.50	Intermedio	0.63
18	LIMON	P.S.	I-1	1,314	0.50	Intermedio	0.75
19	NUEVA FLORIDA	P.S.	I-1	442	0.50	Intermedio	0.63
20	PALESTINA	P.S.	I-1	791	0.37	Rural	0.63
21	PANAMA	P.S.	I-1	287	0.37	Rural	0.63
22	PERUATE	P.S.	I-1	667	0.50	Intermedio	0.75
23	RURAL BELLAVISTA	**H-R**	**I-4**	10,044	0.50	Intermedio	0.75
24	SAN RAFAEL	P.S.	I-3	1,858	0.37	Rural	0.63
25	TINGO DE SAPOSOA	P.S.	I-1	881	0.45	Intermedio	0.75
	MR SAN PABLO-CONSUELO			**11,342**	0.33	Rural	0.63
26	CONSUELO	C.S.	I-3	4,488	0.34	Rural	0.63

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
27	DOS DE MAYO	P.S.	I-1	1,037	0.34	Rural	0.63
28	FAUSA LAMISTA	P.S.	I-2	3,318	0.30	Mas Rural	0.50
29	FAUSA SAPINA	P.S.	I-1	537	0.34	Rural	0.63
30	RAMON CASTILLA	P.S.	I-1	633	0.34	Rural	0.63
31	SAN PABLO	P.S.	I-1	1,329	0.34	Rural	0.63
II	RED EL DORADO			34,734	0.32	Rural	0.63
	MR AGUA BLANCA			**6,849**	0.31	Rural	0.63
32	AGUA BLANCA	C.S.	I-2	1,980	0.33	Rural	0.63
33	BARRANQUITA RIO SISA	P.S.	I-1	2,208	0.30	Mas Rural	0.50
34	PACASMAYO	P.S.	I-1	563	0.33	Rural	0.63
35	SANTA ELENA	P.S.	I-1	179	0.30	Mas Rural	0.50
36	SANTA ROSA	P.S.	I-1	1,919	0.30	Mas Rural	0.50
37	ALTO ROQUE						
	MR SAN JOSE DE SISA			**12,947**	0.38	Rural	0.63
38	AMINIO	P.S.	I-1	597	0.38	Rural	0.63
39	HUAJA	P.S.	I-1	719	0.38	Rural	0.63
40	NAUTA	P.S.	I-1	1,102	0.38	Rural	0.63
41	SAN JOSE DE SISA	H-R	I-4	8,569	0.38	Rural	0.63
42	SAN JUAN DE MIRAFLORES	P.S.	I-1	409	0.38	Rural	0.63
43	SANTA CRUZ	P.S.	I-1	621	0.38	Rural	0.63
44	SANTA MARTHA	P.S.	I-1	930	0.38	Rural	0.63
	MR SAN MARTIN ALAO			**14,938**	0.28	Mas Rural	0.50
45	BUENA VISTA	P.S.	I-1	838	0.27	Mas Rural	0.50
46	CASHNAHUASI	P.S.	I-1	624	0.27	Mas Rural	0.50
47	PACAYPAMPA	P.S.	I-1	1,030	0.27	Mas Rural	0.50
48	SAN MARTIN DE ALAO	C.S.	I-3	6,466	0.27	Mas Rural	0.50
49	SHATOJA	P.S.	I-1	3,048	0.33	Rural	0.63
50	SINAMI	P.S.	I-1	2,932	0.27	Mas Rural	0.50
III	RED HUALLAGA			27,757	0.38	Rural	0.63
	MR SACANCHE			**7,882**	0.36	Rural	0.63
51	COLLPA	P.S.	I-1	1,295	0.34	Rural	0.63
52	EL ESLABON	C.S.	I-2	3,499	0.40	Intermedio	0.75
53	NUEVO SACANCHE	P.S.	I-1	1,625	0.31	Rural	0.63
54	SACANCHE	C.S.	I-3	1,463	0.34	Rural	0.63
	MR SAPOSOA			**19,875**	0.38	Rural	0.63
55	AHUIHUA 7 DE JUNIO	P.S.	I-1	542	0.42	Intermedio	0.63
56	ALMENDRAS	P.S.	I-1	116	0.42	Intermedio	0.63
57	CANAAN	P.S.	I-1	604	0.42	Intermedio	0.63
58	CHAMBIRA	P.S.	I-1	119	0.42	Intermedio	0.63
59	EL DORADO	P.S.	I-2	6,580	0.42	Intermedio	0.50
60	INTIYACU	P.S.	I-1	117	0.42	Intermedio	0.63
61	NUEVA VIDA	P.S.	I-1	1,229	0.26	Mas Rural	0.50
62	PALTAICO	P.S.	I-1	186	0.42	Intermedio	0.63

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
63	PASARRAYA	C.S.	I-2	1,474	0.26	Mas Rural	0.50
64	PISCOYACU	P.S.	I-1	2,239	0.31	Rural	0.63
65	RURAL SAPOSOA	H-R	I-4	5,294	0.42	Intermedio	0.75
66	SAN ANDRES	P.S.	I-1	339	0.42	Intermedio	0.63
67	SAN REGIS	P.S.	I-1	667	0.42	Intermedio	0.63
68	YACUSISA	P.S.	I-1	369	0.26	Mas Rural	0.50
IV	RED LAMAS			11,960	0.48	Intermedio	0.75
	MR LAMAS			**11,960**	0.48	Intermedio	0.75
69	ALTO SHAMBOYACU	P.S.	I-1	589	0.48	Intermedio	0.75
70	CHIRAPA LA LIBERTAD	P.S.	I-1	521	0.48	Intermedio	0.75
71	CHIRICYACU	P.S.	I-1	580	0.48	Intermedio	0.75
72	HUAYCO LAMAS	P.S.	I-1	1,122	0.48	Intermedio	0.75
73	PAMASHTO	P.S.	I-2	1,538	0.48	Intermedio	0.75
74	RURAL LAMAS	H-R	I-4	7,542	0.48	Intermedio	0.75
75	YURI LAMAS	P.S.	I-1	68	0.48	Intermedio	0.75
V	RED MARISCAL CACERES			55,389	0.43	Intermedio	0.75
	MR CAMPANILLA			**4,734**	0.31	Rural	0.60
76	BALZAYACU	P.S.	I-1	465	0.31	Rural	0.63
77	CAMPANILLA	C.S.	I-3	1,452	0.31	Rural	0.63
78	NUEVO JAEN	P.S.	I-1	753	0.31	Rural	0.63
79	PERLAMAYO	P.S.	I-1	594	0.31	Rural	0.63
80	SHUMANZA	P.S.	I-1	527	0.31	Rural	0.63
81	SION	P.S.	I-1	943	0.31	Rural	0.50
	MR COSTA RICA			**6,170**	0.29	Mas Rural	0.50
82	AUCARARCA	P.S.	I-1	849	0.31	Rural	0.50
83	CENTRO AMERICA	P.S.	I-1	1,115	0.31	Rural	0.50
84	COSTA RICA	P.S.	I-1	1,425	0.27	Mas Rural	0.50
85	CUÑUMBUZA	P.S.	I-1	1,406	0.31	Rural	0.50
86	DOS UNIDOS (SAN JOSE DEL CAOO)	P.S.	I-1	547	0.27	Mas Rural	0.50
87	SOLEDAD	P.S.	I-1	828	0.27	Mas Rural	0.50
	MR HUICUNGO			**7,726**	0.31	Rural	0.63
88	ALTO EL SOL	P.S.	I-1	841	0.27	Mas Rural	0.50
89	DOS DE MAYO	P.S.	I-1	768	0.33	Rural	0.50
90	HUICUNGO	C.S.	I-3	2,552	0.33	Rural	0.63
91	NUEVA ESPERANZA	P.S.	I-1	560	0.33	Rural	0.50
92	NUEVO CHIMBOTE	P.S.	I-1	333	0.27	Mas Rural	0.50
93	PACHIZA	P.S.	I-1	1,146	0.27	Mas Rural	0.63
94	PIZARRO	P.S.	I-1	851	0.33	Rural	0.50
95	SANTA INES	P.S.	I-1	675	0.33	Rural	0.50
	MR JUANJUI			**36,759**	0.50	Intermedio	0.75
96	ARMAYARI	P.S.	I-1	255	0.27	Mas Rural	0.50
97	BAGAZAN	P.S.	I-1	969	0.27	Mas Rural	0.50
98	CAYENA	P.S.	I-1	579	0.58	Urbano	0.63

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
99	DE APOYO I JUANJUI	HOSP	I-4	24,832	0.58	Urbano	0.88
100	HUAYABAMBA	P.S.	I-1	275	0.58	Urbano	0.63
101	HUINGUILLO	P.S.	I-1	425	0.58	Urbano	0.63
102	LA VICTORIA	C.S.	I-1	265	0.58	Urbano	0.88
103	LEDOY	P.S.	I-1	3,054	0.25	Mas Rural	0.50
104	MIRAFLORES	P.S.	I-1	713	0.33	Rural	0.63
105	PAJARILLO	P.S.	I-1	2,792	0.27	Mas Rural	0.50
106	QUINILLA	P.S.	I-1	616	0.58	Urbano	0.63
107	SAN JUAN DEL CAÑO	P.S.	I-1	487	0.27	Mas Rural	0.50
108	SAN RAMON	P.S.	I-1	639	0.27	Mas Rural	0.50
109	SHEPTE	P.S.	I-1	524	0.33	Rural	0.63
110	VILLA PRADO	P.S.	I-1	334	0.58	Urbano	0.63
VI	**RED MOYOBAMBA**			**118,096**	**0.40**	**Intermedio**	**0.75**
	MR JEPELACIO			**10,606**	0.34	Rural	0.63
111	CARRIZAL	P.S.	I-1	1,226	0.34	Rural	0.63
112	JEPELACIO	C.S.	I-4	5,061	0.34	Rural	0.63
113	NUEVO SAN MIGUEL	C.S.	I-3	1,102	0.34	Rural	0.63
114	PACAYPITE	P.S.	I-1	1,508	0.34	Rural	0.63
115	SHUCSHUYACU	P.S.	I-2	1,709	0.34	Rural	0.63
	MR JERILLO			**31,241**	0.31	Rural	0.63
116	ALAN GARCIA PEREZ	P.S.	I-1	1,076	0.32	Rural	0.50
117	BETANIA	P.S.	I-1	2,282	0.27	Mas Rural	0.50
118	GOSEN	P.S.	I-1	874	0.27	Mas Rural	0.50
119	JERILLO	C.S.	I-3	2,344	0.34	Rural	0.63
120	LA HUARPIA	C.S.	I-3	2,658	0.34	Rural	0.63
121	LA LIBERTAD BAJO MAYO	P.S.	I-1	1,156	0.27	Mas Rural	0.50
122	MIRAFLORES	P.S.	I-1	970	0.27	Mas Rural	0.50
123	PACAYZAPA	C.S.	I-3	4,994	0.32	Rural	0.63
124	PORVENIR DEL NORTE	P.S.	I-1	1,724	0.32	Rural	0.50
125	RAMIREZ	P.S.	I-1	1,748	0.34	Rural	0.63
126	ROQUE ALONSO DE ALVARADO	C.S.	I-3	7,976	0.32	Rural	0.63
127	SAN JUAN DE PACAYZAPA	P.S.	I-1	2,194	0.32	Rural	0.63
128	VENCEDOR	P.S.	I-1	1,245	0.27	Mas Rural	0.50
	MR LLUILLUCUCHA			**26,565**	0.49	Intermedio	0.75
129	CALZADA	C.S.	I-3	3,373	0.37	Rural	0.63
130	CORDILLERA ANDINA	P.S.	I-1	865	0.52	Intermedio	0.50
131	LA FLOR DE LA PRIMAVERA	P.S.	I-1	762	0.52	Intermedio	0.50
132	LLUYLLUCUCHA	C.S.	I-2	9,076	0.52	Intermedio	0.88
133	MARONA	P.S.	I-1	2,415	0.52	Intermedio	0.75
134	OCHAME	P.S.	I-1	699	0.34	Rural	0.50
135	QUILLOALLPA	P.S.	I-1	1,215	0.52	Intermedio	0.50
136	SAN MATEO	P.S.	I-1	581	0.34	Rural	0.50
137	SANTA ROSA BAJO TANGUMI	P.S.	I-1	1,002	0.37	Rural	0.50

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
138	SANTA ROSA DE OROMINA	P.S.	I-1	1,639	0.52	Intermedio	0.75
139	SUGLLAQUIRO	P.S.	I-1	1,996	0.52	Intermedio	0.50
140	TAHUISHCO	P.S.	I-1	2,942	0.52	Intermedio	0.75
	MR SORITOR			**34,227**	0.40	Intermedio	0.75
141	ALTO PERU	P.S.	I-1	1,579	0.40	Intermedio	0.75
142	ALTO SAN MARTIN	P.S.	I-1	939	0.34	Rural	0.75
143	HABANA	P.S.	I-3	1,962	0.37	Rural	0.63
144	JERICOB	P.S.	I-1	924	0.34	Rural	0.63
145	SAN MARCOS	P.S.	I-2	5,242	0.40	Intermedio	0.63
146	SORITOR	C.S.	I-3	23,581	0.40	Intermedio	0.75
	MR YANTALO			**15,457**	0.49	Intermedio	0.63
147	BUENOS AIRES	P.S.	I-1	3,480	0.52	Intermedio	0.63
148	CAÑABRAVA	P.S.	I-1	693	0.52	Intermedio	0.50
149	LOS ANGELES	P.S.	I-1	2,673	0.52	Intermedio	0.63
150	MORROYACU	P.S.	I-1	649	0.52	Intermedio	0.50
151	NUEVA HUANCABAMBA	P.S.	I-1	637	0.52	Intermedio	0.50
152	PUEBLO LIBRE	C.S.	I-3	3,283	0.52	Intermedio	0.63
153	SHIMPIYACU	P.S.	I-1	778	0.52	Intermedio	0.50
154	YANTALO	P.S.	I-3	3,264	0.40	Intermedio	0.75
VII	**RED PICOTA**			**45,252**	**0.38**	**Rural**	**0.63**
	MR LEONCIO PRADO			**14,516**	0.25	Mas Rural	0.50
155	ALFONSO UGARTE	P.S.	I-1	1,887	0.29	Mas Rural	0.50
156	AYPENA	P.S.	I-1	195	0.31	Rural	0.63
157	EL PORVENIR	P.S.	I-1	407	0.31	Rural	0.63
158	HUAÑIPO	P.S.	I-1	513	0.31	Rural	0.63
159	LEONCIO PRADO	C.S.	I-3	1,150	0.31	Rural	0.63
160	LIBANO	P.S.	I-1	500	0.31	Rural	0.63
161	MARISCAL CASTILLA	P.S.	I-1	552	0.31	Rural	0.63
162	NUEVO LORETO	P.S.	I-1	2,488		Rural	0.50
163	SHAMBOYACU	P.S.	I-3	2,188	0.29	Mas Rural	0.50
164	SIMON BOLIVAR	P.S.	I-1	997	0.29	Mas Rural	0.50
165	TINGO DE PONAZA	C.S.	I-3	1,254	0.31	Rural	0.63
166	VISTA ALEGRE	P.S.	I-1	2,385	0.29	Mas Rural	0.50
	MR PICOTA			**19,001**	**0.47**	**Intermedio**	**0.75**
167	ALMIRANTE GRAU BOMBONAJILLO	P.S.	I-1	820	0.33	Rural	0.63
168	BARRAQUITA PICOTA	P.S.	I-1	377	0.54	Intermedio	0.75
169	CASPIZAPA	P.S.	I-3	2,086	0.43	Intermedio	0.75
170	NUEVA ESPERANZA	P.S.	I-1	906	0.46	Intermedio	0.75
171	NUEVO CONTROL	P.S.	I-1	1,666	0.33	Rural	0.63
172	NUEVO EGIPTO	P.S.	I-1	793	0.46	Intermedio	0.75
173	PUERTO RICO	P.S.	I-1	1,362	0.47	Intermedio	0.75
174	RURAL DE PICOTA	H-R	I-4	6,763	0.54	Intermedio	0.75
175	SAN CRISTOBAL DE SISA	C.S.	I-3	3,523	0.46	Intermedio	0.75

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
176	SANTA ROSILLO PICOTA	P.S.	I-1	377	0.54	Intermedio	0.75
177	WINGE	P.S.	I-1	328	0.54	Intermedio	0.75
	MR PUCACACA			**11,735**	**0.36**	**Rural**	**0.63**
178	BUENOS AIRES	P.S.	I-2	915	0.26	Mas Rural	0.50
179	CEDRO PAMPA	P.S.	I-1	609	0.45	Intermedio	0.75
180	MISHQUIYACU	P.S.	I-1	399	0.41	Intermedio	0.75
181	PAUJILZAPA	P.S.	I-1	1,229	0.26	Mas Rural	0.50
182	PILLUANA	P.S.	I-1	410	0.41	Intermedio	0.75
183	PUCACACA	C.S.	I-3	2,113	0.45	Intermedio	0.75
184	STA. ROSILLO DE UPAQUIHUA	P.S.	I-1	1,184	0.26	Mas Rural	0.50
185	TRES UNIDOS	P.S.	I-3	4,876	0.37	Rural	0.63
VIII	RED RIOJA			116,781	0.45	Intermedio	0.75
	MR NARANJOS			**20,998**	**0.38**	**Rural**	**0.63**
186	AGUAS CLARAS	P.S.	I-2	2,065	0.38	Rural	0.63
187	AGUAS VERDES	P.S.	I-1	1,958	0.38	Rural	0.63
188	EL MIRADOR	P.S.	I-1	2,853	0.38	Rural	0.63
189	NARANJOS	C.S.	I-3	8,038	0.38	Rural	0.63
190	PERLA DEL MAYO	P.S.	I-1	535	0.38	Rural	0.63
191	PIONEROS BAJO (SAN JUAN DEL MAYO)	P.S.	I-1	2,436	0.38	Rural	0.63
192	SAN AGUSTIN	P.S.	I-1	1,615	0.38	Rural	0.63
193	TUMBARO	P.S.	I-1	1,498	0.38	Rural	0.63
	MR NUEVA CAJAMARCA			**40,170**	**0.48**	**Intermedio**	**0.75**
194	ATUMPLAYA	P.S.	I-2	1,941	0.52	Intermedio	0.75
195	LA FLORIDA	P.S.	I-1	2,319	0.50	Intermedio	0.75
196	LA UNION	P.S.	I-1	2,844	0.50	Intermedio	0.75
197	MIRAFLORES	P.S.	I-1	1,869	0.50	Intermedio	0.75
198	PALESTINA	P.S.	I-1	1,342	0.50	Intermedio	0.75
199	PERLA DAGUAS	P.S.	I-1	476	0.50	Intermedio	0.75
200	PERLA MAYO	P.S.	I-1	880	0.30	Mas Rural	0.50
201	RAFAEL BELAUNDE	P.S.	I-1	1,675	0.52	Intermedio	0.75
202	RURAL NUEVA CAJAMARCA	H-R	I-4	22,056	0.50	Intermedio	0.75
203	SAN FERNANDO	C.S.	I-3	2,818	0.30	Mas Rural	0.50
204	TAHUANTINSUYO	P.S.	I-1	520	0.50	Intermedio	0.75
205	UCRANIA	P.S.	I-1	1,430	0.50	Intermedio	0.75
	MR NUEVO RIOJA			**32,719**	**0.46**	**Intermedio**	**0.75**
206	LA CONQUISTA	P.S.	I-1	2,676	0.52	Intermedio	0.63
207	LA NACIENTE DEL RIO NEGRO	P.S.	I-1	2,643	0.46	Intermedio	0.63
208	LA PERLA DE CASCAYUNGA	P.S.	I-1	374	0.56	Urbano	0.88
209	MASHUYACU	P.S.	I-1	462	0.56	Urbano	0.88
210	NUEVA RIOJA	C.S.	I-2	5,320	0.56	Urbano	0.88
211	NUEVO TABALOSOS	P.S.	I-1	241	0.34	Rural	0.63
212	PORVENIR	P.S.	I-1	950	0.56	Urbano	0.88
213	POSIC	P.S.	I-1	1,604	0.36	Rural	0.63

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
214	PUERTO BAGAZAN	P.S.	I-1	754	0.46	Intermedio	0.75
215	SANTA FE	P.S.	I-1	871	0.46	Intermedio	0.75
216	SEGUNDA JERUSALEN	P.S.	I-3	8,379	0.46	Intermedio	0.75
217	TAMBO	P.S.	I-1	307	0.56	Urbano	0.88
218	VALLE GRANDE	P.S.	I-1	611	0.46	Intermedio	0.75
219	YORONGOS	P.S.	I-2	3,307	0.34	Rural	0.63
220	YURACYACU	C.S.	I-3	4,220	0.39	Intermedio	0.75
	MR SAN JUAN RIO SORITOR			**22,894**	**0.46**	**Intermedio**	**0.75**
221	BAJO NARANJILLO	P.S.	I-3	3,012	0.42	Intermedio	0.75
222	DORADA	P.S.	I-1	413	0.52	Intermedio	0.75
223	IMPERIO DE CACHIYACU	P.S.	I-1	778	0.52	Intermedio	0.75
224	NARANJILLO	P.S.	I-2	3,451	0.50	Intermedio	0.75
225	NUEVA SANTA CRUZ	P.S.	I-1	603	0.42	Intermedio	0.75
226	SAN CARLOS	P.S.	I-1	973	0.42	Intermedio	0.75
227	SAN FRANCISCO ALTO MAYO	P.S.	I-1	6,110	0.42	Intermedio	0.75
228	SAN JOSE DE ALTO MAYO	P.S.	I-1	1,393	0.52	Intermedio	0.75
229	SAN JUAN RIO SORITOR	P.S.	I-3	5,128	0.50	Intermedio	0.75
230	TUPAC AMARU	P.S.	I-1	1,033	0.50	Intermedio	0.75
IX	RED SAN MARTIN			223,532	0.54	Intermedio	0.75
	MR BARRANQUITA			**9,892**	**0.32**	**Rural**	**0.63**
231	ASUNCION	P.S.	I-1	258	0.35	Rural	0.63
232	BARRANQUITA CAYNARACHI	C.S.	I-3	2,284	0.27	Mas Rural	0.63
233	EL PIÑAL	P.S.	I-1	577	0.27	Mas Rural	0.50
234	HOSPITAL RURAL PAPAPLAYA	H-R	I-3	1,109	0.35	Rural	0.63
235	NUEVO SAN JUAN	P.S.	I-1	420	0.35	Rural	0.63
236	PELEJO	P.S.	I-1	2,397	0.41	Intermedio	0.63
237	PUERTO PIZARRO	P.S.	I-1	581	0.27	Mas Rural	0.63
238	PUERTO MERCEDES	P.S.	I-1	166	0.35	Rural	0.63
239	SAN ANTONIO RIO HUALLAGA	P.S.	I-1	141	0.35	Rural	0.50
240	SAN JUAN RIO HUALLAGA	P.S.	I-1	102	0.35	Rural	0.63
241	SANANGO	P.S.	I-1	297	0.27	Mas Rural	0.50
242	SANTA CLARA	P.S.	I-1	494	0.27	Mas Rural	0.63
243	SANTA ELENA	P.S.	I-1	165	0.27	Mas Rural	0.63
244	SANTIAGO DE BORJA	P.S.	I-1	901	0.27	Mas Rural	0.50
	MR CAYNARACHI			**7,987**	**0.36**	**Rural**	**0.57**
245	ALFONSO UGARTE	P.S.	I-1	1,064	0.36	Rural	0.50
246	ALIANZA	P.S.	I-2	1,606	0.36	Rural	0.63
247	BONILLA	P.S.	I-1	848	0.36	Rural	0.63
248	NUEVO LAMAS	P.S.	I-1	786	0.36	Rural	0.50
249	PONGO DEL CAYNARACHI	C.S.	I-3	1,163	0.36	Rural	0.63
250	SAN JUAN DE SHANUSI	P.S.	I-1	564	0.36	Rural	0.50
251	SAN MIGUEL DE ACHINAMIZA	P.S.	I-1	980	0.36	Rural	0.50
252	YUMBATOS	P.S.	I-1	976	0.36	Rural	0.63
	MR CHAZUTA			**8,523**	**0.30**	**Mas Rural**	**0.50**

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
253	ACHINAMIZA	P.S.	I-1	707	0.30	Mas Rural	0.50
254	AGUANO MUYUNA	P.S.	I-1	929	0.30	Mas Rural	0.50
255	CALLANAYACU	P.S.	I-1	459	0.30	Mas Rural	0.50
256	CHAZUTA	C.S.	I-3	4,300	0.30	Mas Rural	0.50
257	CURIYACU	P.S.	I-1	358	0.30	Mas Rural	0.50
258	SANTA ROSA DE CHIPAOTA	P.S.	I-1	747	0.30	Mas Rural	0.50
259	SHILCAYO	P.S.	I-1	276	0.30	Mas Rural	0.50
260	TUNUNTUNUMBA	P.S.	I-1	747	0.30	Mas Rural	0.50
	MR CUÑUMBUQUI			**7,325**	**0.32**	**Rural**	**0.63**
261	ALTO ANDINO	P.S.	I-1	891	0.29	Mas Rural	0.50
262	BAGAZAN	P.S.	I-1	182	0.29	Mas Rural	0.63
263	CARAÑAYACU	P.S.	I-1	140	0.29	Mas Rural	0.63
264	CUNUMBUQUE	C.S.	I-3	1,638	0.38	Rural	0.75
265	NUEVO CELENDIN	P.S.	I-1	487	0.29	Mas Rural	0.63
266	NUEVO MUNDO	P.S.	I-1	336	0.29	Mas Rural	0.63
267	PROGRESO	P.S.	I-1	496	0.29	Mas Rural	0.63
268	SAN FERNANDO	P.S.	I-1	371	0.38	Rural	0.63
269	SAN JUAN DE TALLIQUIHUI	P.S.	I-1	911	0.29	Mas Rural	0.63
270	SAN RAFAEL DEL RIO MAYO	P.S.	I-1	512	0.38	Rural	0.63
271	SANTA CRUZ DE SHITARAYACU	P.S.	I-1	492	0.29	Mas Rural	0.50
272	UCHUMULLACA	P.S.	I-1	83	0.29	Mas Rural	0.63
273	VISTOSO GRANDE	P.S.	I-1	200	0.29	Mas Rural	0.63
274	ZAPATERO	C.S.	I-1	586	0.29	Mas Rural	0.75
	MR HUIMBAYOC			**6,133**	**0.29**	**Mas Rural**	**0.50**
275	HUIMBAYOC	C.S.	I-3	1,342	0.28	Mas Rural	0.50
276	LECHE	P.S.	I-1	354	0.28	Mas Rural	0.50
277	MIRAFLORES	P.S.	I-1	424	0.28	Mas Rural	0.50
278	NAVARRO	C.S.	I-1	529	0.30	Mas Rural	0.50
279	PONGO ISLA	P.S.	I-1	263	0.28	Mas Rural	0.50
280	PUCALLPA	P.S.	I-1	585	0.28	Mas Rural	0.50
281	REFORMA	P.S.	I-1	158	0.35	Rural	0.63
282	SAN JOSE 2 DE MAYO	P.S.	I-1	182	0.28	Mas Rural	0.50
283	SAN JOSE DE YANAYACU	P.S.	I-1	322	0.28	Mas Rural	0.50
284	SANTA MARTHA	P.S.	I-1	305	0.28	Mas Rural	0.50
285	SANTA ROSILLO CHIPURANA	P.S.	I-1	199	0.28	Mas Rural	0.50
286	TIPISHCA	P.S.	I-1	413	0.30	Mas Rural	0.50
287	YARINA	P.S.	I-2	1,057	0.30	Mas Rural	0.50
	MR JUAN GUERRA			**20,712**	**0.46**	**Intermedio**	**0.75**
288	DOS DE MAYO	P.S.	I-1	1,432	0.47	Intermedio	0.63
289	JUAN GUERRA	C.S.	I-3	3,098	0.48	Intermedio	0.75
290	LAS FLORES DE MAMONAQUIHUA	P.S.	I-1	745	0.38	Rural	0.63
291	MACHUNGO	P.S.	I-1	208	0.33	Rural	0.63
292	MAMONAQUIHUA	P.S.	I-1	839	0.38	Rural	0.63

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
293	SAN CRISTOBAL DE UPAQUIHUA	P.S.	I-1	326	0.38	Rural	0.63
294	SAUCE	C.S.	I-3	11,739	0.47	Intermedio	0.63
295	SHAPAJA	P.S.	I-2	1,623	0.46	Intermedio	0.75
296	UTCURARCA	P.S.	I-1	558	0.33	Rural	0.63
297	YACUCATINA	P.S.	I-1	144	0.48	Intermedio	0.75
	MR TABALOSOS			**18,733**	**0.33**	**Rural**	**0.63**
298	CHURUZAPA PINTO RECODO	P.S.	I-1	396	0.27	Mas Rural	0.50
299	MISHQUIYACU PINTO RECODO	P.S.	I-1	809	0.27	Mas Rural	0.50
300	PINTO RECODO	P.S.	I-1	1,829	0.27	Mas Rural	0.50
301	PUCAYACU PANJUI	P.S.	I-1	1,700	0.34	Rural	0.63
302	SAN MIGUEL DEL RIO MAYO	P.S.	I-1	1,989	0.34	Rural	0.63
303	SHANAO	P.S.	I-1	1,533	0.34	Rural	0.63
304	TABALOSOS	C.S.	I-3	10,477	0.34	Rural	0.63
	MR URBANA 01			**36,807**	**0.61**	**Urbano**	**0.87**
305	BELLO HORIZONTE	P.S.	I-1	1,136	0.61	Urbano	0.88
306	DE BANDA SHILCAYO	C.S.	I-3	29,799	0.61	Urbano	0.88
307	LA UNION (SANIRARCA)	P.S.	I-1	708	0.61	Urbano	0.88
308	LAS PALMAS	P.S.	I-1	2,284	0.61	Urbano	0.88
309	PROGRESO KM.30	P.S.	I-1	749	0.61	Urbano	0.63
310	SAN FRANCISCO DEL RIO MAYO	P.S.	I-1	228	0.38	Rural	0.63
311	SAN JOSE KM.34	P.S.	I-1	459	0.61	Urbano	0.63
312	SANTA ROSA DE CUMBAZA	P.S.	I-1	1,444	0.68	Urbano	0.88
	MR URBANA 02			**107,420**	**0.65**	**Urbano**	**0.88**
313	ATUMPAMPA	P.S.	I-1	9,657	0.68	Urbano	0.88
314	AUCALOMA	P.S.	I-1	437	0.32	Rural	0.75
315	CACATACHI	P.S.	I-3	3,209	0.48	Intermedio	0.75
316	CHURUZAPA	P.S.	I-1	503	0.48	Intermedio	0.75
317	HUAYCO TARAPOTO	P.S.	I-2	17,868	0.68	Urbano	0.88
318	LAS FLORES DEL RIO MAYO	P.S.	I-1	133	0.48	Intermedio	0.75
319	MACEDA	P.S.	I-1	840	0.38	Rural	0.75
320	MORALES	C.S.	I-4	26,710	0.64	Urbano	0.88
321	NUEVE DE ABRIL	C.S.	I-3	29,068	0.68	Urbano	0.88
322	PACCHILLA	P.S.	I-1	657	0.38	Rural	0.75
323	PUNTA DEL ESTE	P.S.	I-2	13,936	0.68	Urbano	0.88
324	RUMIZAPA	P.S.	I-1	1,075	0.38	Rural	0.75
325	SAN ANTONIO DE CUMBAZA	C.S.	I-3	1,082	0.44	Intermedio	0.75
326	SAN ANTONIO RIO MAYO	P.S.	I-1	639	0.48	Intermedio	0.75
327	SAN PEDRO DE CUMBAZA	P.S.	I-1	349	0.44	Intermedio	0.75
328	SAN ROQUE DE CUMBAZA	P.S.	I-1	1,073	0.32	Rural	0.75
329	SANTA ANA DEL RIO MAYO	P.S.	I-1	184	0.29	Mas Rural	0.75
X	**RED TOCACHE**			**75,956**	**0.43**	**Intermedio**	**0.75**
	MR NUEVO PROGRESO			**13,809**	**0.38**	**Rural**	**0.63**
330	MADRE MIA	P.S.	I-2	2,242	0.36	Rural	0.63

	Red / MR / EESS	Type of health facility		Population	Rural index	Rural calcification	Adjustment ratio
331	NUEVO PORONGO	P.S.	I-2	1,632	0.49	Intermedio	0.75
332	NUEVO PROGRESO	C.S.	I-3	3,412	0.36	Rural	0.63
333	PUERTO RICO	P.S.	I-1	873	0.36	Rural	0.63
334	RAMAL DE ASPUZANA	P.S.	I-3	2,934	0.36	Rural	0.63
335	RIO UCHIZA	P.S.	I-1	1,283	0.36	Rural	0.63
336	SANTA CRUZ	P.S.	I-1	1,433	0.36	Rural	0.63
	MR POLVORA			**12,978**	**0.33**	**Rural**	**0.63**
337	BAMBAMARCA	P.S.	I-3	2,604	0.33	Rural	0.63
338	BALSA PROBANA	P.S.	I-1	734	0.33	Rural	0.63
339	CEDRO	P.S.	I-1	630	0.33	Rural	0.63
340	CHALLUAYACU	P.S.	I-1	778	0.33	Rural	0.63
341	NUEVO HORIZONTE	P.S.	I-2	1,928	0.33	Rural	0.63
342	NUEVO SAN MARTIN	P.S.	I-1	775	0.33	Rural	0.63
343	POLVORA	P.S.	I-1	576	0.33	Rural	0.63
344	PUERTO PIZANA	P.S.	I-2	3,316	0.33	Rural	0.63
345	SANTA ROSA DE MISHOYO	P.S.	I-1	750	0.33	Rural	0.63
346	TANANTA	P.S.	I-1	887	0.33	Rural	0.63
	MR TOCACHE			**29,167**	**0.46**	**Intermedio**	**0.75**
347	ISHANGA	P.S.	I-1	974	0.47	Intermedio	0.75
348	NUEVA ESPERANZA	P.S.	I-1	1,818	0.47	Intermedio	0.75
349	PUSHURUMBO	P.S.	I-1	630	0.30	Mas Rural	0.50
350	RURAL TOCACHE	H-R	I-4	23,300	0.47	Intermedio	0.75
351	SANTA ROSA DE SHAPAJA	P.S.	I-1	998	0.49	Intermedio	0.75
352	SHUNTE	P.S.	I-2	486	0.30	Mas Rural	0.50
353	YACUSISA	P.S.	I-1	961	0.47	Intermedio	0.75
	MR UCHIZA			**20,002**	**0.49**	**Intermedio**	**0.75**
354	CAJATAMBO	P.S.	I-1	1,109	0.49	Intermedio	0.75
355	CRUZ PAMPA	P.S.	I-1	1,547	0.49	Intermedio	0.75
356	HUICTE	P.S.	I-1	1,603	0.49	Intermedio	0.75
357	PAMPAYACU	P.S.	I-1	1,740	0.49	Intermedio	0.75
358	PORVENIR	P.S.	I-1	2,416	0.49	Intermedio	0.75
359	SAN CRISTOBAL	P.S.	I-1	640	0.49	Intermedio	0.75
360	SANTA LUCIA	P.S.	I-3	3,559	0.49	Intermedio	0.75
361	UCHIZA	C.S.	I-3	7,388	0.49	Intermedio	0.75

Appendix 3: San Martin RHD – Technical Report on Proposal of Staffing for Primary Health Care

Análisis Detallado de la Propuesta de Dotación de Personal Asistencial del Primer Nivel de Atención: Médico, Enfermera y Obstetra

DIRES SAN MARTIN, 2012 - 2015

La DIRES San Martín ha formulado un análisis de la dotación del personal asistencial del primer nivel, en todas sus redes y microrredes. Con la participación de Jefes de Microrredes y Responsables de Personal de las mismas, se pudo revisar y validar la información actual de dotación de su personal asistencial del primer nivel de atención, (cantidad de personal, condición laboral, distribución y especificaciones de su ubicación y entorno (urbano o rural).

Utilizando una metodología específica[5], se cumplió con hacer el ejercicio de estimación de sus requerimientos de personal asistencial y propuestas para resolver las brechas encontradas.

A continuación, se presenta los resultados del análisis realizado. Este análisis sólo ha considerado las necesidades de tres grupos ocupacionales dedicados a la prestación de servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención: Médico, Enfermera y Obstetra.

La Dotación actual de equipo básico de salud y su situación laboral

En los siguientes cuadros mostramos la información consolidada, proporcionada por los equipos de las microrredes en el Taller realizado en Moyobamba en el mes de junio del 2012.

Tabla Nº 1

Situación laboral de los médicos, por Redes de Salud: DIRES San Martín 2012

Población	Redes	Nombrado		Contratado		SERUMS		Sin dato		TOTAL RED	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
56,310	Red Bellavista	4	31%	2	15%	7	54%	0	0%	**13**	100%
35,734	Red El Dorado	4	27%	3	20%	8	53%	0	0%	**15**	100%
27,757	Red Huallaga	6	43%	0	0%	8	57%	0	0%	**14**	100%
11,960	Red Lamas	5	71%	0	0%	2	29%	0	0%	**7**	100%
55,389	Red Mariscal Caceres	4	24%	13	76%	0	0%	0	0%	**17**	100%
107,450	Red Moyobamba	1	5%	8	40%	11	55%	0	0%	**20**	100%
45,251	Red Picota	4	24%	3	18%	10	59%	0	0%	**17**	100%
111,622	Red Rioja	6	32%	7	37%	6	32%	0	0%	**19**	100%
222,088	Red San Martín	0	0%	0	0%	0	0%	38	100%	**38**	100%
75,386	Red Tocache	9	41%	7	32%	6	27%	0	0%	**22**	100%
748,947	Total DIRESA	**43**	24%	**43**	24%	**58**	32%	**38**	21%	**182**	
		24%		24%		32%		21%			

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

[5] La metodología fue diseñada y validada con la asistencia técnica del Proyecto USAID-Políticas en Salud.

En el caso de los médicos, podemos observar que en Bellavista, El Dorado, Huallaga, Moyobamba y Picota, más del 50% son serumistas, mientras que en Mariscal Cáceres el 76% de médicos son contratados. Tocache y Lamas tienen los mayores porcentajes de médicos nombrados.

Tabla Nº 2

Situación laboral de las enfermeras, por Redes de Salud: DIRES San Martín 2012

Población	Redes	Nombrado		Contratado		SERUMS		Sin dato / Otros		TOTAL RED	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
56,310	Red Bellavista	2	11%	7	39%	8	44%	1	6%	**18**	100%
35,734	Red El Dorado	1	6%	9	53%	7	41%	0	0%	**17**	100%
27,757	Red Huallaga	5	33%	5	33%	5	33%	0	0%	**15**	100%
11,960	Red Lamas	1	13%	4	50%	3	38%	0	0%	**8**	100%
55,389	Red Mariscal Caceres	6	22%	19	70%	0	0%	2	7%	**27**	100%
107,450	Red Moyobamba	4	14%	19	68%	5	18%	0	0%	**28**	100%
45,251	Red Picota	0	0%	12	63%	6	32%	1	5%	**19**	100%
111,622	Red Rioja	3	19%	8	50%	5	31%	0	0%	**16**	100%
222,088	Red San Martín	0	0%	0	0%	0	0%	56	100%	**56**	100%
75,386	Red Tocache	9	26%	17	49%	9	26%	0	0%	**35**	100%
748,947	Total DIRESA	**31**	13%	**100**	42%	**48**	20%	**60**	25%	**239**	
		13%		42%		20%		25%			

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En el caso de las enfermeras y obstetras, la mayoría de las redes, más del 50% de personal es contratado.

Tabla Nº 3

Situación laboral de las obstetras, por Redes de Salud: DIRES San Martín 2012

Población	Redes	Nombrado		Contratado		SERUMS		Sin dato / Otros		TOTAL RED	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
56,310	Red Bellavista	7	29%	13	54%	4	17%	0	0%	**24**	100%
35,734	Red El Dorado	5	29%	8	47%	4	24%	0	0%	**17**	100%
27,757	Red Huallaga	4	27%	9	60%	2	13%	0	0%	**15**	100%
11,960	Red Lamas	2	29%	5	71%	0	0%	0	0%	**7**	100%
55,389	Red Mariscal Caceres	5	22%	18	78%	0	0%	0	0%	**23**	100%
107,450	Red Moyobamba	4	10%	28	72%	3	8%	4	10%	**39**	100%
45,251	Red Picota	4	17%	13	57%	3	13%	3	13%	**23**	100%
111,622	Red Rioja	5	12%	30	70%	6	14%	2	5%	**43**	100%
222,088	Red San Martín	0	0%	0	0%	0	0%	48	100%	**48**	100%
75,386	Red Tocache	12	35%	20	59%	2	6%	0	0%	**34**	100%
748,947	Total DIRESA	**48**	18%	**144**	53%	**24**	9%	**57**	21%	**273**	
		18%		53%		9%		21%			

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En toda la DIRESA, el 53% de las obstetras son contratadas, porcentaje mayor que el observado en el caso de médicos (24%) y enfermeras (42%).

I. La Brecha Total Actual por Redes

La deficiente dotación de personal es muy preocupante en la DIRES San Martín. A continuación se muestran las cifras de las brechas estimadas para el año 2012, en los tres tipos de personal asistencial (médico, enfermera y obstetra).

Tabla Nº 4

Brecha de Profesionales en las Redes de Salud,

DIRES San Martín 2012

Red	Médicos	Enfermeras	Obstetra
Red Bellavista	13	65	0
Red El Dorado	7	40	1
Red Huallaga	-1	26	-2
Red Lamas	0	7	-2
Red Mariscal Cáceres	9	43	-1
Red Moyobamba	31	124	9
Red Picota	1	41	-4
Red Rioja	28	125	0
Red San Martín	44	199	32
Red Tocache	15	61	-4
Total DIRESA	**147**	**731**	**29**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Estas cifras corresponden a la necesidad de garantizar una atención integral de salud, teniendo como referencias vigentes los estándares considerados para el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y el Presupuesto por Resultados en Salud.

Lo más saltante es la sorprendente brecha de enfermeras, con un requerimiento adicional de 7324profesionales, particularmente en establecimientos de la periferia (inclusive de la propia microrred).

En el caso de los médicos, aunque las cifras son menores, esto cambia al considerar la pequeña oferta de este profesional en el país, y muy especialmente en las provincias poco desarrolladas, que es donde realmente se los necesita.

El caso de las obstetras es distinto, mayormente se encuentra una relativa sobredotación en las redes (cifras en negativo), que se podría compensar con una redistribución de este personal.

II. Propuesta de contrataciones 2013-2015 para cubrir la brecha de equipo básico de salud por Redes y Microrredes

RED BELLAVISTA

Una política de la Región, es priorizar la mejora de la capacidad resolutiva en los establecimientos identificados como “estratégicos”, lo que significa que la prioridad para cubrir la brecha de RRHH serán estos establecimientos de salud (CS Bellavista en la MR Bellavista; CS Nuevo Lima en la MR Bajo Biavo; y CS Consuelo en la MR San Pablo Consuelo).

Por otro lado, de acuerdo al estudio de ruralidad, esta Red es tipificada como “Rural”

Médicos

La Red cuenta con 13 médicos (7 serumistas, 2 contratados y 4 nombrados). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 26 médicos, de modo que la brecha actual es de 13.

Tabla Nº 5

Situación actual de los Médicos: Red Bellavista, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Alto Biavo	6,693	1	1 serumista	1.5	3	2
MR Bajo Biavo	15,624	2	2 serumistas	1.3	8	6
MR Bellavista	22,651	9	4 nombrados 2 contratados 3 serumistas	4.0	11	2
MR San Pablo Consuelo	11,342	1	1 serumista	0.9	4	3
TOTAL DE LA RED	**56,310**	**13**		**2.3**	**26**	**13**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

La Tabla N° 5 muestra que la dotación de la MR Bellavista es la mayor, considerando el volumen de su población y la presencia del Hospital cabecera de Red. Las otras redes de la periferia sólo están atendidas por serumistas, personal de alta rotación, que no permite procesos mayores ya que su desacumulación es permanente (siendo nuevos en la zona todos los años).

Existe un distribución de médicos por 10,000 habitantes (ratio) inequitativa, siendo la MR Bellavista la que tiene un promedio de 4 médicos por cada 10,000 habitantes, mientras que la MR San Pablo Consuelo no llega ni a 1 médico por 10,000 habitantes.

Según las recomendaciones de la OMS, se espera que 10 médicos estén asignados por cada 10,000 habitantes, como puede observarse, el total de la Red Bellavista solo llega a 2.3 médicos por 10,000 habitantes, cifras muy por debajo del estándar internacional.

Por lo tanto, los médicos en la Red Bellavista no solamente son escasos, sino que los pocos que existen están mal distribuidos; además, casi el 50% son serumistas, personal eventual en los establecimientos de salud.

En base a estas cifras, se recomienda lo siguiente:

- Por lo menos, mantener las plazas de SERUMS en todas las MMRR.
- Aumentar la cifra de personal contratado, especialmente en los EESS donde solo trabaja personal SERUMS, con ello se permitirá una mayor estabilidad de los procesos y sobre todo se mantendrá la relación y el trabajo con la población.
- Contratar médicos para cubrir inicialmente la brecha de 13 médicos en la red, según se muestra en la Tabla N° 6, de tal forma que al final del 2015 esta brecha quedaría en cero.
- Una vez cubierta la brecha numérica, se sugiere ir reemplazando los SERUMS con personal más estable.

Tabla Nº 6

Propuesta de contratación de Médicos: Red Bellavista, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Alto Biavo	3	1	2	1	1	0	0
MR Bajo Biavo	8	2	6	2	2	2	0
MR Bellavista	11	9	2	0	1	1	0
MR San Pablo Consuelo	4	1	3	1	1	1	0
Total	**26**	**13**	**13**	**4**	**5**	**4**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Elaboración: Propia

Enfermeras

La Red cuenta con 18 enfermeras (8 serumistas, 8 contratadas y 2 nombradas). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 83 enfermeras, de modo que la brecha actual es de 65.

Tabla Nº 7

Situación actual de los Enfermeras: Red Bellavista, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento de enfermeras	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Alto Biavo	**6,693**	**2**	1 contratada 1 serumista	3.0	12	10
MR Bajo Biavo	**15,624**	**4**	2 contratadas 2 serumistas	2.6	25	21
MR Bellavista	**22,651**	**9**	1 nombrada 4 contratadas 4 serumistas	4.0	29	20
MR San Pablo Consuelo	**11,342**	**3**	1 nombrada 1 contratada 1 serumista	2.6	17	14
TOTAL DE LA RED	**56,310**	**18**		3.0	83	65

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En la Tabla N° 7 se observa que la MR Bellavista cuenta con la mayor cantidad de enfermeras de toda la Red, con un ratio de 4 enfermeras por cada 10,000 habitantes, más que el promedio de la propia Red que es 3. Sin embargo, estos valores están muy por debajo del estándar esperado que es de 10 enfermeras por 10,000 habitantes.

Para el total de Red se requieren 83 enfermeras para cubrir las necesidades de atención individual del primer nivel de atención de toda su población, pero solo cuentan con una dotación de 18 enfermeras, lo que hace una brecha actual de 65 enfermeras, cifra muy alta para ser cubierta en solo 3 años.

En base a esta información, se presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015, la misma que se muestra en la Tabla N° 8.

Tabla Nº 8

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red Bellavista, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Alto Biavo	12	2	10	0	0	2	8
MR Bajo Biavo	25	4	21	2	4	2	13
MR Bellavista	29	9	20	2	2	2	14
MR San Pablo Consuelo	17	3	14	2	3	1	8
Total	**83**	**18**	**65**	**6**	**9**	**7**	**43**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Al 2015, la brecha bajará de 65 a 43, habiéndose priorizado nuevas contrataciones en los establecimientos estratégicos ubicados en las MR Bajo Biavo, Bellavista y San Pablo Consuelo.

Como puede apreciarse, en este período no será posible cubrir totalmente la brecha, debido principalmente a limitaciones presupuestales y además por la situación de la poca disponibilidad de estos profesionales en la región.

En ese sentido, serán necesarias desarrollar otras estrategias de apoyo en este período, como por ejemplo:

- nuevas políticas de captación y retención
- nuevas plazas de SERUMS
- nueva política salarial
- nuevas políticas de certificación laboral que permitan que técnicos de enfermería asuman algunas funciones que pueden serles delegadas, de acuerdo a las normas establecidas, garantizando la calidad de atención.

Obstetras

La Red cuenta con 24 obstetras (4 serumistas, 13 contratadas y 7 nombradas). Según el cálculo realizado, el requerimiento de obstetras para esta Red es de 26, de modo que la brecha actual es de 2, encontrando que en la MR Bellavista existe una sobredotación de 2 obstetras, las mismas que pueden ser redistribuidas a la MR Bajo Biavo.

Tabla Nº 9

Situación actual de las Obstetras: Red Bellavista, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Alto Biavo	**6,693**	**4**	3 contratada 1 serumista	6.0	4	0
MR Bajo Biavo	**15,624**	**3**	1 contratada 1 serumista	1.9	6	3
MR Bellavista	**22,651**	**13**	5 contratadas 2 serumistas	5.7	11	-2
MR San Pablo Consuelo	**11,342**	**4**	4 contratadas	3.5	5	1
TOTAL DE LA RED	**56,310**	**24**		4.3	26	2

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En esta Tabla se observa que las MR Alto Biavo y Bellavista tiene mayor cantidad de obstetras por 10,000 habitantes (6 y 5.7 respectivamente), cantidad que es mayor al estándar esperado que es 5; siendo la MR Bajo Biavo la que tiene mayor brecha por cubrir.

La Tabla N°10 muestra la propuesta de contrataciones de tal forma que la brecha pueda ser cubierta totalmente en el 2013.

Tabla Nº 10

Propuesta de contratación de Obstetras: Red Bellavista, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Alto Biavo	4	4	0	0	0	0	0
MR Bajo Biavo	6	3	3	1	0	0	2
MR Bellavista	11	13	-2	0	0	0	-2
MR San Pablo Consuelo	5	4	1	1	0	0	0
Total	**26**	**24**	**2**	**2**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Como se observa, se sugiere contratar 1 obstetra en la MR Bajo Biavo y 1 en la MR San Pablo Consuelo; además, se sugiere dejar de contratar a 2 obstetras en la MR Bellavista y asignar ese presupuesto para la contratación de las 2 obstetras que faltan en la MR Bajo Biavo. Con esto podríamos llegar al 2013 con una brecha “cero”.

RED EL DORADO

Los establecimientos estratégicos de esta Red son 2: CS San José de Sisa (MR San José de Sisa), CS San Martín de Alao (MR San Martín de Alao).

Por otro lado, de acuerdo al estudio de ruralidad, esta Red es tipificada como "Rural". La MR San Martín de Alao es calificada como "Mas rural", lo que significa que la dotación de RRHH será mayor.

Médicos

La Red cuenta con 15 médicos: 7 serumistas, 3 contratados, 4 nombrados (adicionalmente hay 1 sin consignar situación laboral). Según el cálculo realizado la Red requiere 22 médicos, de modo que la brecha actual es de 7.

Igualmente, el ratio de médicos por 10,000 habitantes, es inferior al estándar internacional, siendo mucho menor en la MR San Martí de Alao, donde la brecha es mayor.

Tabla Nº 11

Situación actual de los Médicos: Red El Dorado, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Agua Blanca	**7,749**	**3**	1 contratado 2 serumistas	3.9	3	0
MR San José de Sisa	**12,947**	**8**	4 nombrados 2 contratado 2 serumistas	6.2	9	1
MR San Martín de Alao	**15,038**	**4**	0 nombrados 0 contratados 3 serumistas 1 sin especificar	2.7	10	6
TOTAL DE LA RED	**35,734**	**15**		4.2	22	7

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Tabla Nº 12

Propuesta de contratación de Médicos: Red El Dorado, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Agua Blanca	3	3	0	0	0	0	0
MR San José de Sisa	9	8	1	0	1	0	0
MR San Martín de Alao	10	4	6	3	2	1	0
Total	**22**	**15**	**7**	**3**	**3**	**1**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

La Tabla N°12 muestra la propuesta de contrataciones de tal forma que la brecha pueda ser cubierta totalmente en el 2015.

Para el caso de la Red El Dorado, se propone contratar de manera escalonada a los 6 médicos que faltan en San Martín de Alao, empezando con 3 en el 2013, 2 en el 2014 y 1 en el 2015, lo cual permitiría contar con personal más estable, ya que el 100% de médicos de esta MR son serumistas. Para el caso de la MR San José de Sisa, el médico que falta podría contratarse en el 2014.

Enfermeras

La Red cuenta con 17 enfermeras (7 serumistas, 9 contratadas y 1 nombrada). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 57 enfermeras, de modo que la brecha actual es de 40.

Tabla Nº 13

Situación actual de las Enfermeras: Red El Dorado, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Agua Blanca	7,749	3	1 contratado 2 serumistas	3.9	13	10
MR San José de Sisa	12,947	8	1 nombrada 4 contratadas 3 serumistas	6.2	18	10
MR San Martín de Alao	15,038	6	0 nombradas 4 contratados 2 serumistas	4.0	26	20
TOTAL DE LA RED	**35,734**	**17**		4.8	57	40

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En la Tabla N° 13 se observa que la MR San José de Sisa cuenta con la mayor cantidad de enfermeras de toda la Red, con un ratio de 6.2 enfermeras por cada 10,000 habitantes, más que el promedio de la propia Red que es 4.8 y debajo del estándar esperado que es de 10 enfermeras por 10,000 habitantes. Las MR Agua Blanca y San Martín de Alao tienen un ratio similar (4).

En base a esta información, la Tabla N° 14 presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015.

Debido a su nivel de ruralidad y a su ratio menor al de las demás MR, la MR San Martín de Alao requiere más enfermeras que el resto, por ello se sugiere contratar un total de 10 enfermeras en el período 2013 – 2015; sin embargo, esto no permite cubrir el total de la brecha. Para las MR Agua Blanca y San José de Sisa se recomienda contratar 5 y 4 enfermeras respectivamente.

Tabla Nº 14

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red El Dorado, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Agua Blanca	13	3	10	3	1	1	5
MR San José de Sisa	18	8	10	0	3	1	6
MR San Martín de Alao	26	6	20	3	3	4	10
Total	**57**	**17**	**40**	**6**	**7**	**6**	**21**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Al 2015, cada una de las 3 MR llegaría a tener un ratio de 10 enfermeras por 10,000 habitantes (estándar internacional), a pesar de ello observamos que aún hay brecha, debido a su nivel de ruralidad, siendo la brecha mayor en San Martín de Alao por ser "más rural".

Obstetras

La Red cuenta con 17 obstetras (4 serumistas, 8 contratadas y 5 nombradas). Según el cálculo realizado, su requerimiento estimado es de 18 obstetras, de modo que la brecha actual es de 1.

Tabla Nº 15

Situación actual de las Obstetras: Red El Dorado, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Agua Blanca	7,749	2	0 nombradas 2 contratado 0 serumistas	2.6	4	2
MR San José de Sisa	12,947	7	2 nombrada 2 contratadas 3 serumistas	5.4	6	-1
MR San Martín de Alao	15,038	8	3 nombradas 4 contratados 1 serumista	5.3	8	0
TOTAL DE LA RED	**35,734**	**17**		4.8	18	1

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En esta Tabla se observa que la MR Agua Blanca tiene menor cantidad de obstetras por 10,000 habitantes (2.6), cantidad que es mucho menor al estándar esperado que es 5

La Tabla N°16 muestra la propuesta de contrataciones de tal forma que la brecha pueda ser cubierta totalmente en el 2015.

Tabla Nº 16

Propuesta de contratación de Obstetras: Red El Dorado, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Agua Blanca	4	2	2	1	1	0	0
MR San José de Sisa	6	7	-1	-1	0	0	0
MR San Martín de Alao	8	8	0	0	0	0	0
Total	**18**	**17**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Como se observa en el Tabla N° 16, se sugiere contratar las 2 obstetras que faltan en la MR Agua Blanca entre en 2013 y 2014; además, se sugiere dejar de contratar a 1 obstetra en la MR San José de Sisa y asignar ese presupuesto para la contratación de 1 obstetra en la MR Agua Blanca. Con esto podríamos llegar al 2014 con una brecha “cero”.

RED HUALLAGA

En esta red existen establecimientos estratégicos a priorizar: CS Sacanche (MR Sacanche), CS EL Dorado y Hosp. Saposoa (MR Saposoa).

De acuerdo al estudio de ruralidad, ambas MR son tipificadas como “Rurales”.

Médicos

La Red cuenta con 14 médicos: 8 serumistas, 0 contratados, 6 nombrados. Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 13 médicos, de modo que hay sobredotación de 1 médico en la MR Sacanche.

Los 6 médicos nombrados de la MR Saposoa, se encuentran en el hospital de Saposoa (43% de médicos de toda la Red). Llama la atención que la periferie de esta Red está siendo atendida sólo por serumistas; lo que no permite una continuidad en las actividades de salud con la población y las autoridades locales.

Tabla Nº 17

Situación actual de los Médicos: Red Huallaga, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Sacanche	**7,883**	**4**	0 nombrados 0 contratados 4 serumistas	5.1	3	-1
MR Saposoa	**19,875**	**10**	6 nombrados 0 contratado 4 serumistas	5.0	10	0
TOTAL DE LA RED	**27,758**	**14**		5.0	13	-1

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Tabla Nº 18

Propuesta de contratación de Médicos: Red Huallaga, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Sacanche	3	4	-1	1	0	0	-2
MR Saposoa	10	10	0	0	2	0	-2
Total	**13**	**14**	**-1**	**1**	**2**	**0**	**-4**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

En la MR Sacanche existe sobredotación de 1 médico, pero todos los médicos de esta MR son serumistas, por lo que se recomienda contratar al menos 1 médico en esta MR, y asignar 2 plazas de SERUMS a otras Redes. Por lo tanto, si ya existe 1 médico adicional y a pesar de ello se contrata 1 médico, habría una aparente sobredotación de 2 médicos; pero esto será emparejado al hacer la reasignación de 2 plazas de SERUMS a otras redes.

En la MR Saposoa, no tenemos brecha de médicos por cubrir, pero todos los médicos nombrados de esta MR se encuentran en el Hospital, y no tienen médicos contratados en la periferie, por lo que se recomienda contratar 2 médicos y reasignar 2 plazas SERUMS a otras redes. Por lo tanto, si no hay brecha y a pesar de ello se contratan 2 médicos, habría una aparente sobredotación de 2 médicos; pero esto será emparejado al hacer la reasignación de 2 plazas de SERUMS a otras redes.

En total, en la Red tenemos 4 médicos SERUMS que podrían ser reasignados a otras Redes.

Enfermeras

La Red cuenta con 15 enfermeras (5 serumistas, 5 contratadas y 5 nombradas). Según el cálculo realizado su requerimiento es de 41 enfermeras, de modo que la brecha actual es de 26.

Tabla Nº 19

Situación actual de las Enfermeras de la Red Huallaga, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Sacanche	7,883	5	1 nombrado 2 contratados 2 serumistas	6.3	11	6
MR Saposoa	19,875	10	4 nombrados 3 contratados 3 serumistas	5.0	30	20
TOTAL DE LA RED	27,758	15	5 nombrados 5 contratados 5 SERUMS	5.4	41	26

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Las 2 MR tienen un ratio similar, que corresponde a la mitad del estándar internacional, y si consideramos que estas MR son rurales, la necesidad será aún mayor.

Además, tiene personal tanto nombrado, contratado y serumista que permite mantener algunas actividades con la comunidad.

En base a esta información, la Tabla N° 20 presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 20

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red Huallaga, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Sacanche	11	5	6	1	2	2	1
MR Saposoa	30	10	20	5	3	5	7
Total	**41**	**15**	**26**	**6**	**5**	**7**	**8**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Al 2015, no es posible cubrir por completo la brecha de enfermeras, pero se logrará reducirla de 26 a 8.

Obstetras

La Red cuenta con 15 obstetras (2 serumistas, 9 contratadas y 4 nombradas). Según el cálculo realizado, su requerimiento es de 13 obstetras, de modo que existe una sobredotación de 2.

Tabla Nº 21

Situación actual de las Obstetras de la Red Huallaga, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Sacanche	7,883	4	1 nombrado 3 contratados 0 serumistas	5.1	3	-1
MR Saposoa	19,875	11	3 nombrados 6 contratados 2 serumistas	5.5	10	-1
TOTAL DE LA RED	27,758	15	4 nombrados 9 contratados 2 serumistas	5.4	13	-2

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En esta Tabla se observa que ambas MR tienen un ratio de obstetras por 10,000 habitantes igual al estándar internacional esperado.

La Tabla N°22 muestra la propuesta de contrataciones de tal forma que la brecha pueda ser cubierta totalmente en el 2015.

Tabla Nº 22

Propuesta de contratación de Obstetras: Red Huallaga, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Sacanche	3	4	-1	-1	0	0	0
MR Saposoa	10	11	-1	-1	0	0	0
Total	**13**	**15**	**-2**	**-2**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Dado que existe una sobredotación de onbstetras en ambas MR, se sugiere dejar de contratar 1 obstetra en cada MR y asignar ese presupuesto para la contratación de obstetrices en otras Redes. Al final del 2013, la brecha e obstetras será "cero"

RED LAMAS

Médicos

La Red cuenta con 7 médicos: 2 serumistas, 0 contratados, 5 nombrados. Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 7 médicos, de modo que la brecha actual es de 0.

La ruralidad de esta Red es calificada como "Intermedia".

En esta Red existe un establecimiento estratégico que es el Hospital de Lamas.

Tabla Nº 23

Situación actual de los Médicos: Red Lamas, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab..	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Lamas	11,960	7	5 nombrados 0 contratados 2 serumistas	5.9	7	0
TOTAL DE LA RED	11,960	7	5 nombrados 0 contratados 2 serumistas	5.9	7	0

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

El ratio de médicos por 10,000 habitantes es de 6, por debajo del estándar internacional que es 10.

Llama la atención que no existe personal contratado en ninguna de los EESS de la MR, además todos los médicos nombrados se encuentran en el Hospital de Lamas, lo que significa que los establecimientos de la periferie están atendidos sólo por serumistas.

En base a esta información, la Tabla N° 24 presenta la propuesta de contratación de médicos durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 24

Propuesta de contratación de Médicos: Red Lamas, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Lamas	7	7	0	0	1	0	-1
Total	**7**	**7**	**0**	**0**	**1**	**0**	**-1**

Si bien es cierto no existe una brecha de médicos en la MR, se sugiere contratar 1 médico en el 2014, que estaría ubicado en el PS Pamashto, y reasignar su plaza de SERUMS a otras redes, con la finalidad de dar mayor estabilidad a las actividades de la MR.

Enfermeras

La Red cuenta con 8 enfermeras (3 serumistas, 4 contratadas y 1 nombrada). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 15 enfermeras, de modo que la brecha actual es de 7.

Tabla Nº 25

Situación actual de las Enfermeras: Red Lamas, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Lamas	11,960	8	1 nombrada 4 contratadas 3 serumistas	6.7	15	7
TOTAL DE LA RED	11,960	8	1 nombrada 4 contratadas 3 serumistas	6.7	15	7

La MR Lamas tiene un ratio de 7 enfermeras por 10,000 habitantes, cifra por debajo del estándar internacional.

Además, tiene personal tanto nombrado, contratado y serumista que permite mantener algunas actividades con la comunidad.

En base a esta información, la Tabla N° 26 presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 26

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red Lamas, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Lamas	15	8	7	3	2	2	0
Total	**15**	**8**	**7**	**3**	**2**	**2**	**0**

Con esta propuesta de contratación escalonada durante el período 2013 – 2015, se cubrirá la brecha de enfermeras en el 2015.

Obstetras

La Red cuenta con 7 obstetras (0 serumistas, 5 contratadas y 2 nombradas). Según el cálculo realizado, su requerimiento estimado es de 5 obstetras, de modo que existe una sobredotación de 2 obstetras.

Por otro lado, observamos que el ratio de obstetras por 10,000 habitantes es de 6, un poco por encima del estándar internacional que es 5.

Tabla Nº 27

Situación actual de las Obstetras: Red Lamas, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Lamas	11,960	7	2 nombradas 5 contratadas 0 serumistas	5.9	5	-2
TOTAL DE LA RED	11,960	7	2 nombradas 5 contratadas 0 serumistas	5.9	5	-2

En la situación descrita, se sugiere dejar de contratar 2 obstetras en el 2013 para tener una brecha de “cero”, tal como se muestra en la Tabla N° 28.

Tabla Nº 28

Propuesta de contratación de Obstetras: Red Lamas, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Lamas	5	7	-2	-2	0	0	0
Total	**5**	**7**	**-2**	**-2**	**0**	**0**	**0**

RED MARISCAL CÁCERES

En esta red existen establecimientos estratégicos a priorizar: CS Campanilla (MR Campanilla), CS Huicungo (MR Huicungo) y el Hospital de Juanjuí (MR Juanjuí).

De acuerdo al estudio de ruralidad, la MR Costa Rica es catalogada como "Más rural", la MR Campanilla y MR Huicungo como "Rural" y la MR Juanjuí como "Intermedia"

Médicos

La Red cuenta con 17 médicos (0 serumistas, 13 contratados y 4 nombrados). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 26 médicos, de modo que la brecha actual es de 9.

Tabla Nº 29

Situación actual de las Médicos: Red Mariscal Cáceres, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Campanilla	4,734	2	0 nombrado 2 contratados 0 serumistas	4.2	2	0
MR Costa Rica	6,160	1	0 nombrados 1 contratados 0 serumistas	1.6	2	1
MR Huicungo	7,716	3	0 nombrados 3 contratados 0 serumistas	3.9	3	0
MR Juanjui	36,759	11	4 nombrados 7 contratados 0 serumistas	3.0	19	8
TOTAL DE LA RED	55,369	17	4 nombrados 13 contratados 0 serumistas	3.1	26	9

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En la Tabla N° 29 se observa que a pesar de que la MR Juanjui cuenta con la mayor cantidad de población y de Médicos de toda la Red, la MR Campanilla tiene el mayor ratio

de médicos por 10,000 habitantes de toda la Red con 4.2 médicos, pero aun así, es inferior al estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes.

La MR Costa Rica es la que tiene el menor ratio (1.6) de toda la Red.

En base a esta información, la Tabla N° 30 presenta la propuesta de contratación de médicos durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 30

Propuesta de contratación de Médicos: Red Mariscal Cáceres, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Campanilla	2	2	0	0	0	0	0
MR Costa Rica	2	1	1	0	0	1	0
MR Huicungo	3	3	0	0	0	0	0
MR Juanjui	19	11	8	3	3	2	0
Total	**26**	**17**	**9**	**3**	**3**	**3**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

En la MR Costa Rica existe una brecha de 1 médico y en la MR Juanjui existe una brecha de 8, pero al ser el Hospital Juanjui un establecimiento estratégico, sugerimos se priorice esta MR contratando 3 médicos el 2013, 3 el 2014. Para el 2015 se sugiere contratar 2 médicos para en la MR Juanjuí y además 1 para la MR Costa Rica. Esto permitirá cubrir la brecha total de médicos en esta Red.

Enfermeras

La Red cuenta con 27 enfermeras (0 serumistas, 19 contratadas y 6 nombradas). Según el cálculo realizado, se estima un requerimiento de 70 enfermeras para la Red, siendo la brecha actual de 43.

En la Tabla N° 31 se observa que las MR Huicungo, Campanilla y Costa Rica tienen un ratio mayor al promedio de la Red, y muy cercanos al estándar internacional de 10 por 10,000 habitantes. Mientras que la MR Juanijui tiene un severo déficit de enfermeras que solo llega a 3.3 por 10,000 habitantes, de allí la enorme brecha que observamos de 32.

En base a esta información, la Tabla N° 32 presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 31

Situación actual de las Enfermeras: Red Mariscal Cáceres, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Campanilla	4,734	4	0 nombrado 4 contratados 0 serumistas	8.4	6	2
MR Costa Rica	6,160	5	0 nombrados 5 contratados 0 serumistas	8.1	9	4
MR Huicungo	7,716	6	0 nombrados 5 contratados 0 serumistas 1 sin dato	7.8	11	5
MR Juanjui	36,759	12	6 nombrados 19 contratados 0 serumistas 2 sin dato	3.3	44	32
TOTAL DE LA RED	55,369	27	6 nombrados 19 contratados 0 serumistas 2 sin dato	4.9	70	43

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Tabla Nº 32

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red Mariscal Cáceres, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Campanilla	6	4	2	0	0	0	2
MR Costa Rica	9	5	4	0	0	0	4
MR Huicungo	11	6	5	0	0	0	5
MR Juanjui	44	12	32	7	4	4	17
Total	**70**	**27**	**43**	**7**	**4**	**4**	**28**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

La brecha por cubrir en la MR Mariscal Cáceres es de 43; pero la MR Juanjui tiene la mayor brecha y además es un establecimiento estratégico, por lo que se sugiere contratar 7

enfermeras en el 2013, 4 en el 2014 y 4 en el 2015, terminando el período con una brecha en la MR Juanjui de 17, pero una brecha mayor en la Red de 28.

Obstetras

La Red cuenta con 23 obstetras (0 serumistas, 18 contratadas y 5 nombradas). Según el cálculo realizado, se estima un requerimiento de 22 obstetras, de modo que no habría mayores problemas de dotación de obstetras en esta Red. Pero si analizamos a nivel de MR podemos observar que en la MR Juanjui hacen falta 3 obstetras

Tabla Nº 33

Situación actual de las Obstetras: Red Mariscal Cáceres, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Campanilla	4,734	3	0 nombrado 3 contratados 0 serumistas	6.3	2	-1
MR Costa Rica	6,160	5	0 nombrados 5 contratados 0 serumistas	8.1	3	-2
MR Huicungo	7,716	4	0 nombrados 4 contratados 0 serumistas	5.2	3	-1
MR Juanjui	36,759	11	5 nombrados 6 contratados 0 serumistas 2 sin dato	3.0	14	3
TOTAL DE LA RED	55,369	23	5 nombrados 18 contratados 0 serumistas	4.2	22	-1

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En la Tabla N° 33 se observa que la MR Juanjui tiene el menor ratio de obstetras por 10,000 habitantes, mientras que las MR Campanilla y Costa Rica son las que tienen un ratio mayor (6.3 y 8.1 respectivamente), cifras mayores al estándar internacional de 5 por 10,000 habitantes.

En base a esta información, la Tabla N° 34 presenta la propuesta de contratación de obstetras durante el período 2013-2015.

En las MR Campanilla, Costa Rica y Huicungo existe sobredotación de 4 obstetras (1, 2 y 1 respectivamente), mientras que en la MR Juanjui hay un déficit de 3 obstetras. Por lo tanto, se sugiere redistribuir a las 4 obstetras contratadas en Campanilla, Costa Rica y Huicungo para poder contratar a 3 obstetras en la MR Juanjui, para así al final del período cubrir la brecha existente en toda la Red.

Tabla Nº 34
Propuesta de contratación de Obstetras: Red Mariscal Cáceres, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Campanilla	2	3	-1	-1	0	0	0
MR Costa Rica	3	5	-2	-2	0	0	0
MR Huicungo	3	4	-1	-1	0	0	0
MR Juanjui	14	11	3	3	0	0	0
Total	**22**	**23**	**-1**	**-1**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

RED MOYOBAMBA

En esta red existen establecimientos estratégicos a priorizar: CS Jepelacio (MR Jepelacio), CS Jerillo (MR Jerillo), CS Lluyllucucha (MR Lluyllucucha) y CS Soritor (MR Soritor).

De acuerdo al estudio de ruralidad, la MR Jepelacio y Jerillo son catalogadas como “Rural” y la MR Soritor y Lluyllucucha como “Intermedia”

Médicos

La Red cuenta con 20 médicos (11 serumistas, 8 contratados y 1 nombrado). Según el cálculo realizado se requieren 51 médicos para satisfacer las necesidades de salud de la población dela Red, de modo que la brecha actual es de 31.

En la tabla N° 35 se observa, que el ratio de médicos en esta Red es de 1.7 médicos por 10,000 habitantes, uno de las ratios más bajos de todas las Redes de la DIRESA San Martín. Esta cifra está muy por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes. La MR Jepelacio es quizás la que esté en mejores condiciones que las demás MR, ya que tiene el mayor ratio (2.8 x 10,000 habitantes)

En base a esta información, la Tabla N° 36 presenta la propuesta de contratación de médicos durante el período 2013-2015.

La MR Soritor además de tener el ratio de médicos más bajo, tiene la mayor brecha entre todas las MR (15). Por esta razón, se sugiere cubrir la brecha contratando 8 médicos en el 2013, 3 en el 2014 y 1 el 2015 disminuyendo la brecha en la MR Soritor de 15 a 3. Además se sugiere contratar en el 2014 3 médicos em la MR Jerillo y en el 2015 1 mpedico en la MR Jepelacio 2 en la ME LLuyllucucha y 2 en la MR Yantaló, quedado al final del 2015 con una brecha de 11. Sin embargo teníamos 4 plazas SERUMS para ser reubicadas de la Red Huallaga, que podrían fácilmente ser utilizadas en esta Red, para cubrir nuestra brecha y tener al final una brecha de 7 médicos.

Tabla Nº 35

Situación actual de las Médicos: Red Moyobamba, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Jepelacio	10,606	3	0 nombrado 1 contratados 2 serumistas	2.8	6	3
MR Jerillo	31,241	5	0 nombrados 3 contratados 2 serumistas	1.6	12	7
MR Lluyllucha	26,565	4	1 nombrados 2 contratados 1 serumistas	1.5	8	4
MR Soritor	34,227	5	0 nombrados 2 contratados 3 serumistas	1.5	20	15
MR Yantalo	15,455	3	0 nombrados 1 contratados 2 serumistas	1.9	5	2
TOTAL DE LA RED	**118,094**	20	1 nombrados 8 contratados 11 serumistas	1.7	51	31

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Tabla Nº 36

Propuesta de contratación de Médicos: Red Moyobamba, 2013 – 2015

MICRORREDES	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Jepelacio	6	3	3	0	0	1	2
MR Jerillo	12	5	7	0	3	0	4
MR Lluyllucucha	8	4	4	0	0	2	2
MR Soritor	20	5	15	8	3	1	3
MR Yantalo	5	3	2	0	0	2	0
TOTAL DE LA RED	**51**	**20**	**31**	**8**	**6**	**6**	**11**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Enfermeras

La Red cuenta con 29 enfermeras (5 serumistas, 19 contratadas y 4 nombradas). Según el cálculo realizado se requiere un total de 152 enfermeras para satisfacer las necesidades de salud de sus 118,094 habitantes. Por lo que la brecha por cubrir es de 123.

En la tabla N° 37 se observa que el ratio de enfermeras en esta Red es de 2.5, una de las menores de todas las Redes de la DIRESA San Martín, cifra muy por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes.

Las MR de Lluyllucucha y Soritor son aquellas con menores ratios (1.9 y 1.8 respectivamente).

En base a esta información, la Tabla N° 38 presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 37

Situación actual de las Enfermeras: Red Moyobamba, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Jepelacio	10,606	4	1 nombrado 2 contratados 1 serumistas	3.8	16	12
MR Jerillo	31,241	10	1 nombrados 7 contratados 2 serumistas	3.2	43	33
MR Lluyllucha	26,565	5	0 nombrados 4 contratados 1 serumistas	1.9	29	24
MR Soritor	34,227	6	1 nombrados 5 contratados 0 serumistas	1.8	43	37
MR Yantalo	15,455	4	1 nombrados 2 contratados 1 serumistas	2.6	21	17
TOTAL DE LA RED	**118,094**	29	4 nombrados 19 contratados 5 serumistas	2.5	152	123

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

La necesidad de enfermeras en esta Red es una de las mayores de toda la DIRESA San Martin llegando a tener una brecha de 123, siendo la MR Soritor donde se registra la mayor brecha (37), por lo que sugiere focalizar las contrataciones en el MR de tal forma que al final del 2015 se tenga una brecha de 24.

Para el caso de las otras MR, se sugiere para el 2013 contratar 5 enfermeras para la MR LLuyllucucha; para el 2014 contratar 4 para Jerillo y 4 para Yantalo; para el 2015 contratar 3 enfermeras para Jepelacio, Jerillo y Lluyllucucha.

En este período no se lograra cubrir por completo la brecha, sin embargo con las cifras sugeridas se pretende que todas las MR terminen con una carga de trabajo similar.

Tabla Nº 38

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red Moyobamba, 2013 – 2015

MICRORREDES	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Jepelacio	16	4	12	0	0	3	9
MR Jerillo	43	10	33	0	4	3	26
MR Lluyllucha	29	5	24	5	0	3	16
MR Soritor	43	6	37	10	0	3	24
MR Yantalo	21	4	17	0	4	0	13
TOTAL DE LA RED	**152**	**28**	**123**	**15**	**8**	**12**	**88**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Obstetras

La Red cuenta con 39 obstetras (3 serumistas, 28 contratadas y 4 nombradas). Según el cálculo realizado se requieren 48 obstetras en la Red, de modo que la brecha actual es de 9 obstetras.

Tabla Nº 39

Situación actual de las Obstetras: Red Moyobamba, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Jepelacio	10,606	7	1 nombrado 4 contratados 0 serumistas 2 sin dato	6.6	5	-2
MR Jerillo	31,241	12	1 nombrados 9 contratados 1 serumistas 1 sin dato	3.8	13	1
MR Lluyllucucha	26,565	6	1 nombrados 4 contratados 1 serumistas	2.3	9	3
MR Soritor	34,227	9	1 nombrados 7 contratados 0 serumistas 1 sin dato	2.6	15	6
MR Yantalo	15,455	5	0 nombrados 4 contratados	3.2	6	1

			1 serumistas			
TOTAL DE LA RED	**118,094**	39	4 nombrados 28 contratados 3 serumistas 4 sin dato	3.3	48	9

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En la Tabla N° 39 se observa, que las MR Lluyllucucha, Soritor y Yantaló son las MR con menor ratio de obstetras (2.3, 2.6 y 3.2 respectivamente).

La MR con mayor ratio es Jepelacio con un ratio de 6.6, cifra mayor al promedio de la Red que es 3.3, pero inferior al estándar internacional de 10 por 10,000 habitantes.

En base a esta información, la Tabla N° 40 presenta la propuesta de contratación de obstetras durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 40

Propuesta de contratación de Obstetras: Red Moyobamba, 2013 – 2015

MICRORREDES	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Jepelacio	5	7	-2	-2	0	0	0
MR Jerillo	13	12	1	0	0	1	0
MR Lluyllucha	9	6	3	2	1	0	0
MR Soritor	15	9	6	4	2	0	0
MR Yantalo	6	5	1	0	1	0	0
TOTAL DE LA RED	**48**	**39**	**9**	**4**	**4**	**1**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

En la situación descrita se sugiere en el 2013 dejar de contratar 2 obstetras en la MR Jepelacio, y destinar ese presupuesto a la contratación de 2 obstetras en la MR Lluyllucucha , y además contratar 4 obstetras en la MR Soritor, en el 2014 se sugiere contratar 4 obstetras distribuidas en las MR LLuyllucucha, Soritor y Yantalo y en el 2105 contratar 1 obstetra en la MR Jerillo, para así al final del período cubrir por completo la brecha de obstetras en la Red.

RED SAN MARTÍN

La información sobre la actual dotación de personal no llega a ser desagregada, aún está pendiente que las microrredes entreguen estos datos. Esta situación hace difícil ser específicos en las recomendaciones.

En esta Red existen establecimientos estratégicos a priorizar: CS Papaplaya(MR Barranquita), CS Pongo de Caynarachi (MR Caynarachi), CS Chazuta (MR Chazuta) CS Yarina (MR Huimbayoc) CS Tabalosos (MR Tabalosos), Hosp. Banda de Shilcayo (MR Urbana 1), CS Morales y CS Punta del Este (MR Urbana 2).

Según el estudio de ruralidad, la Red San Martín en promedio es una Red "Intermedia", teniendo MR tanto "Urbanas", "Rurales" y "Mas Rurales".

La Red San Martín tiene la mayor población de todas las Redes.

Médicos

La Red cuenta con 38 médicos (sin dato disponible del número de serumistas, contratados y nombrados). Según el cálculo realizado, se requiere un total de 82 médicos, de modo que la brecha actual es de 44 médicos.

Tabla Nº 41

Situación actual de las Médicos: Red San Martín, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Barranquita	9,892	4	Sin dato	4.0	4	0
MR Caynarachi	7,987	1	Sin dato	1.3	4	3
MR Chazuta	8,523	2	Sin dato	2.3	6	4
MR Cuñumbuque	7,325	2	Sin dato	2.7	2	0
MR Huimbayoc	6,133	3	Sin dato	4.9	3	0
MR Juan Guerra	20,712	3	Sin dato	1.4	7	4
MR Tabalosos	18,733	3	Sin dato	1.6	11	8
MR Urbana 1	36,807	3	Sin dato	0.8	9	6
MR Urbana 2	107,420	17	Sin dato	1.6	36	19
TOTAL DE LA RED	**223,532**	**38**	Sin dato	1.7	82	44

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En la tabla N° 41 se observa, que el ratio de médicos en esta Red es de 1.7 médicos por 10,000 habitantes, uno de las ratios más bajos de todas las Redes de la DIRESA San Martín. Esta cifra está muy por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes. La MR Huimbayoc es la MR que esté en mejores condiciones que las demás MR, ya que tiene el mayor ratio (4.9 x 10,000 habitantes). La MR Urbana no llega a 1 médico por 10,000 habitantes.

En base a esta información, la Tabla N° 42 presenta la propuesta de contratación de médicos durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 42

Propuesta de contratación de Médicos: Red San Martín, 2013 – 2015

MICRORREDES	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Barranquita	4	4	0	0	0	0	0
MR Caynarachi	4	1	3	0	0	0	3
MR Chazuta	6	2	4	3	1	0	0
MR Cuñumbuque	2	2	0	0	0	0	0
MR Huinbayoc	3	3	0	0	0	0	0
MR Juan Guerra	7	3	4	0	2	1	1
MR Tabalosos	11	3	8	2	2	1	3
MR Urbania 01	9	3	6	2	0	2	2
MR Urbania 02	36	17	19	8	5	5	1
Total	**82**	**38**	**44**	**15**	**10**	**9**	**10**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

En la Red San Martín se requieren 82 médicos, pero la dotación actual es de 38, teniendo una brecha por cubrir de 44 médicos. La mayor brecha se observa en la MR Urbana 02 (19 médicos).

En este escenario se propone contratar 15 médicos en el 2013, 10 en el 2014 y 9 en el 2015, priorizando la MR Urbana 02, quedando al final una brecha de 10 médicos en toda la red. Al 2015, la brecha disminuiría a la cuarta parte (de 44 a 10), no siendo posible absolverla por completo, pero propiciando una nueva situación algo más manejable. El mejor desarrollo social y económico de la MR Urbana 2 sería un gran atractivo para conseguir contrataciones de médicos, sin embargo esto puede jugar contra los esfuerzos de captación para otras redes.

Enfermeras

La Red cuenta con 56 enfermeras (sin dato disponible del número de serumistas, contratados y nombrados). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 255 enfermeras, de modo que la brecha actual es de 199.

Actualmente se tiene un desbalance en la distribución de enfermeras entre las MR de esta Red. Observamos por ejemplo que la MR Barranquita tiene un mayor ratio de médicos por 10,000 habitantes que la MR Urbana 2 que tiene mayor población (8.1 vs 1.5), encontrándose por esta razón una brecha mayor en la MR Urbana 2 (91) contra solo 6 en la MR Barranquita.

Tabla Nº 43

Situación actual de las Enfermeras: Red San Martín, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Barranquita	9,892	8	Sin dato	8.1	14	6
MR Caynarachi	7,987	6	Sin dato	7.5	13	7
MR Chazuta	8,523	2	Sin dato	2.3	15	13
MR Cuñumbuque	7,325	4	Sin dato	5.5	10	6
MR Huimbayoc	6,133	3	Sin dato	4.9	10	7
MR Juan Guerra	20,712	5	Sin dato	2.4	25	20
MR Tabalosos	18,733	6	Sin dato	3.2	28	22
MR Urbana 1	36,807	6	Sin dato	1.6	33	27
MR Urbana 2	107,420	16	Sin dato	1.5	107	91
TOTAL DE LA RED	**223,532**	**56**	Sin dato	2.5	255	199

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

El objetivo del período 2013-2015 debe ser generar una mejor situación respecto de la actual brecha, avanzando según la propuesta que se muestra en la Tabla N° 44:

Tabla Nº 44

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red San Martín, 2013 – 2015

MICRORREDES	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Barranquita	14	8	6	0	0	0	6
MR Caynarachi	13	6	7	0	0	2	5
MR Chazuta	15	2	13	3	3	0	7
MR Cuñumbuque	10	4	6	3	0	2	1
MR Huinbayoc	10	3	7	0	2	0	5
MR Juan Guerra	25	5	20	0	4	4	12
MR Tabalosos	28	6	22	3	4	4	11
MR Urbana 01	33	6	27	4	5	4	14
MR Urbana 02	107	16	91	15	10	13	53
Total	**255**	**56**	**199**	**28**	**28**	**29**	**114**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

En este escenario se propone contratar 28 enfermeras en el 2013, 28 en el 2014 y 29 en el 2015, priorizando la MR Urbana 02, quedando al final una brecha de 114 enfermeras en toda la red. Al 2015, la brecha disminuiría de 199 a 144, no siendo posible absolverla por completo

Obstetras

La Red cuenta con 48 obstetras (sin dato disponible del número de serumistas, contratados y nombrados).Según el cálculo realizado se requieren 80 obstetras, de modo que la brecha es de 32.

En la Tabla N° 45 se observa, que la MR Urbana 2 tiene el menor ratio de obstetras (0.8). Las MR Caynarachi, Chazuta, Cuñumbuque,y Huimbayoc tiene el mayor ratio, cercano al estándar internacional de 5 obstetras por 10,000 habitantes.

En la MR Cuñumbuque se observa una sobredotación de 2 obstetras, mientras que en la MR Urbana 02 hay un déficit de 17 obstetras.

Tabla Nº 45

Situación actual de las Obstetras: Red San Martín, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Barranquita	9,892	2	Sin dato	2.0	4	2
MR Caynarachi	7,987	4	Sin dato	5.0	4	0
MR Chazuta	8,523	4	Sin dato	4.7	5	1
MR Cuñumbuque	7,325	5	Sin dato	6.8	3	-2
MR Huimbayoc	6,133	3	Sin dato	4.9	3	0
MR Juan Guerra	20,712	4	Sin dato	1.9	8	4
MR Tabalosos	18,733	6	Sin dato	3.2	8	2
MR Urbana 1	36,807	3	Sin dato	0.8	11	8
MR Urbana 2	107,420	17	Sin dato	1.6	34	17
TOTAL DE LA RED	**223,532**	**48**	Sin dato	2.1	80	32

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En base a esta información, la Tabla N° 46 presenta la propuesta de contratación de obstetras durante el período 2013-2015

En la situación descrita se sugiere en el 2013 dejar de contratar 2 obstetras en la MR Cuñumbuque y destinar ese presupuesto a la contratación de 2 obstetras en la MR Urbana 02, y además contratar 4 obstetras en la MR Urbana 1 y 3 obstetras en la MR Urbana 2. En el 2014 se sugiere contratar 9 obstetras distribuidas en las MR Barranquita, Juan Guerra, Urbana 1 y Urbana 2. En el 2105 se sugiere contratar 11 obstetras, para así al final del período tener una brecha de 5 obstetras; de esta forma la brecha disminuye de 32 a 5 en toda la Red.

Como se observa, esta brecha no se resuelve en el año 2015, queda una brecha mínima de 5, que podría resolverse con el concurso de otras estrategias como la reasignación de serumistas de otras redes.

Tabla Nº 46

Propuesta de contratación de Obstetras: Red San Martín, 2013 – 2015

MICRORREDES	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Barranquita	4	2	2	0	1	1	0
MR Caynarachi	4	4	0	0	0	0	0
MR Chazuta	5	4	1	0	0	1	0
MR Cuñumbuque	3	5	-2	-2	0	0	0
MR Huinbayoc	3	3	0	0	0	0	0
MR Juan Guerra	8	4	4	0	2	2	0
MR Tabalosos	8	6	2	0	0	1	1
MR Urbana 01	11	3	8	4	1	2	1
MR Urbana 02	34	17	17	5	5	4	3
Total	**80**	**48**	**32**	**7**	**9**	**11**	**5**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

RED PICOTA

En esta Red existen establecimientos estratégicos a priorizar: CS Nuevo Loreto (MR Leoncio Prado), Hosp Picota (MR Picota), CS Tres Unidos (MR Pucacaca).

Según el estudio de ruralidad, la Red Picota en promedio es una Red “Rural”.

Médicos

La Red cuenta con 17 médicos (10 serumistas, 3 contratados y 4 nombrados). Según el cálculo realizado se requieren 18 médicos, de modo que la brecha actual es de 1 médico en toda la Red.

En la Tabla N° 47 se observa que la MR Pucacaca tiene el menor ratio de médicos por 10,000 habitantes de toda la Red con 2.6 médicos, pero las otras MR se encuentran también por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes.

Por otro lado, llama la atención que la MR Leoncio Prado esté dotada solo con médicos serumistas, lo que pone en riesgo la continuidad de cualquier estrategia que se quiera implementar. Al respecto se sugiere que progresivamente se vayan contratando médicos y redistribuir las plazas de serumistas a otras Redes.

Tabla Nº 47

Situación actual de los Médicos: Red Picota, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Leoncio Prado	14,251	6	0 nombrado 0 contratados 6 serumistas	4.2	6	0
MR Picota	19,004	8	4 nombrado 2 contratados 2 serumistas	4.2	8	0
MR Pucacaca	11,731	3	0 nombrado 1 contratados 2 serumistas	2.6	4	1
TOTAL DE LA RED	**44,986**	**17**	4 nombrados 3 contratados 10 serumistas	3.8	18	1

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En base a esta información, la Tabla N° 48 presenta la propuesta de contratación de médicos durante el período 2013-2015.

En la Red Picota se requieren 18 médicos, la dotación actual es de 17, teniendo una brecha por cubrir de 1 médico de la MR Pucacaca.

En este escenario se propone contratar el médico que falta en Pucacaca y además 2 médicos en la MR Leoncio Prado, reprogramando 2 serumistas a otras Redes

Como se aprecia al final de la tabla, la brecha podría cerrarse completamente en este período.

Tabla Nº 48

Propuesta de contratación de Médicos: Red Picota, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Leoncio Prado	6	6	0	2	0	0	-2
MR Picota	8	8	0	0	0	0	0
MR Pucacaca	4	3	1	1	0	0	0
Total	**18**	**17**	**1**	**3**	**0**	**0**	**-2**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Enfermeras

La Red cuenta con 19 enfermeras (6 serumistas, 12 contratadas, 0 nombradas y 1 sin dato específico). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 60 enfermeras, de modo que la brecha actual es de 41, que resulta muy alta para poder ser cubierta en 3 años.

En la tabla N° 49 se observa que el ratio de enfermeras en esta Red es de 4.2, cifra por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes.

Las MR de Picota y Pucacaca son aquellas con menores ratios (3.7 y 3.4 respectivamente).

Tabla Nº 49

Situación actual de Enfermeras: Red Picota, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Leoncio Prado	14,251	8	0 nombrado 5 contratados 3 serumistas	5.6	22	14
MR Picota	19,004	7	0 nombrado 5 contratados 2 serumistas	3.7	22	15
MR Pucacaca	11,731	4	0 nombrado 2 contratados 1 serumistas 1 sin dato	3.4	16	12
TOTAL DE LA RED	**44,986**	**19**	0 nombrado 12 contratados 6 serumistas 1 sin dato	4.2	60	41

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Tabla Nº 50

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red Picota, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Leoncio Prado	22	8	14	0	2	3	9
MR Picota	22	7	15	5	1	2	7
MR Pucacaca	16	4	12	4	3	2	3
Total	**60**	**19**	**41**	**9**	**6**	**7**	**19**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

En base a esta información, la Tabla N° 50 presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015.

En este escenario se propone contratar 9 enfermeras en el 2013, 6 en el 2014 y 7 en el 2015, priorizando la MR Pucacaca y Picota, quedando al final una brecha de 19 enfermeras en toda la red. Al 2015, la brecha disminuiría de 41 a 19, no siendo posible absolverla por completo

Obstetras

La Red cuenta con 23 obstetras (3 serumistas, 13 contratadas, 4 nombradas y 3 sin referencia específica de su condición). Según el cálculo realizado se requieren 19 obstetras, de modo que la situación es de sobredotación de 4 obstetras.

Tabla Nº 51

Situación actual de las obstetras: Red Picota, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Leoncio Prado	14,251	9	1 nombrado 6 contratados 1 serumistas 1 sin dato	6.3	7	-2
MR Picota	19,004	9	3 nombrado 4 contratados 1 serumista 1 sin dato	4.7	7	-2
MR Pucacaca	11,731	5	0 nombrado 3 contratados 1 serumistas 1 sin dato	4.3	5	0
TOTAL DE LA RED	**44,986**	**23**	4 nombrado 13 contratados 3 serumistas 3 sin dato	5.1	19	-4

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En la Tabla N° 51 se observa, que la MR Pucacaca tiene el menor ratio de obstetras (4.3). La MR Leoncio Prado tiene un ratio de 6.3, mayor al estándar internacional de 5 obstetras por 10,000 habitantes.

En las MR Leoncio Prado y Picota se observa una sobredotación de 2 obstetras en cada MR, mientras que en la MR Pucacaca no se observa brecha.

En base a esta información, la Tabla N° 52 presenta la propuesta de contratación de obstetras durante el período 2013-2015.

En la situación descrita se sugiere en el 2013 dejar de contratar 2 obstetras en la MR Leoncio Prado y 2 obstetras en el MR Picota, y destinar ese presupuesto a la contratación de 2 obstetras en otras Redes. De esta forma, al 2015 no se tiene ni brecha ni sobredotación en la Red.

Tabla Nº 52

Propuesta de contratación de Obstetras: Red Picota, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Leoncio Prado	7	9	-2	-2	0	0	0
MR Picota	7	9	-2	-2	0	0	0
MR Pucacaca	5	5	0	0	0	0	0
Total	**19**	**23**	**-4**	**-4**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

RED RIOJA

En esta Red existen establecimientos estratégicos a priorizar: CS Naranjos (MR Naranjos), Hosp Nueva Cajamarca (MR Nueva Cajamarca), CS Bajo Naranjillo (MR Rio Soritor)

Según el estudio de ruralidad, la Red Rioja en promedio es una Red “Intermedia”.

Médicos

La Red cuenta con 19 médicos (6 serumistas, 7 contratados y 6 nombrados). Según el cálculo realizado se estima un requerimiento de 47 médicos, de modo que la brecha actual es de 28.

En la Tabla N° 53 se observa que las MR Nuevo Rioja y San Juan Rio Soritor tienen el menor ratio de médicos por 10,000 habitantes de toda la Red con 1.3 médicos, pero las otras MR se encuentran también por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes.

En base a esta información, la Tabla N° 54 presenta la propuesta de contratación de médicos durante el período 2013-2015.

En la Red Rioja se requieren 47 médicos, la dotación actual es de 19, teniendo una brecha por cubrir de 28 médicos. La brecha de médicos es más del doble de la dotación actual. La MR Nueva Cajamarca es la que tiene mayor brecha de médicos por cubrir (13) y la que concentra mayor cantidad de nombrados.

En este escenario se propone contratar 13 médicos en el 2013, 3 en el 2014 y 6 en el 2015, reduciéndose la brecha de médicos en toda la Red de 28 a 6 para el 2015, brecha que podría ser resuelta sin dificultad en los siguientes años.

Tabla Nº 53

Situación actual de los Médicos: Red Rioja, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Naranjos	20,998	4	1 nombrado 1 contratados 2 serumistas	1.9	10	6
MR Nueva Cajamarca	40,171	8	5 nombrado 3 contratados 0 serumistas	2.0	21	13
MR Nuevo Rioja	31,679	4	0 nombrado 2 contratados 2 serumistas	1.3	9	5
MR San Juan Rio Soritor	23,004	3	0 nombrado 1 contratados 2 serumistas	1.3	7	4
TOTAL DE LA RED	115,852	19	6 nombrado 7 contratados 6 serumistas	1.6	47	28

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Tabla Nº 54

Propuesta de contratación de Médicos: Red Rioja, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Naranjos	10	4	6	4	0	0	2
MR Nueva Cajamarca	21	8	13	8	0	3	2
MR Nuevo Rioja	9	4	5	0	2	2	1
MR San Juan Rio Soritor	7	3	4	1	1	1	1
Total	**47**	**19**	**28**	**13**	**3**	**6**	**6**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Enfermeras

La Red cuenta con 16 enfermeras (5 serumistas, 8 contratadas y 3 nombrados). Según el cálculo realizado se requieren 141 enfermeras en toda la Red, de modo que la brecha actual es de 125, que resulta muy alta para poder ser cubierta en 3 años.

Tabla Nº 55

Situación actual de Enfermeras: Red Rioja, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Naranjos	20,998	1	0 nombrado 1 contratados 0 serumistas	0.5	28	27
MR Nueva Cajamarca	40,171	6	2 nombrado 3 contratados 1 serumistas	1.5	49	43
MR Nuevo Rioja	31,679	6	1 nombrado 2 contratados 3 serumistas	1.9	38	32
MR San Juan rio Soritor	23,004	3	0 nombrado 2 contratados 1 serumistas	1.3	26	23
TOTAL DE LA RED	115,852	16	3 nombrado 8 contratados 5 serumistas	1.4	141	125

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

En la tabla N° 55 se observa que el ratio de enfermeras en esta Red es de 1.4, cifra muy por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes.

Todas las MR están con un déficit grande de enfermeras, que resulta difícil cubrir en el corto tiempo, siendo necesario definir otras estrategias que permitan que la población tenga los servicios que son brindados por este grupo profesional.

Llama mucho la atención la MR Naranjos con sólo 1 enfermera para 20 mil habitantes.

En base a esta información, la Tabla N° 56 presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015.

En este escenario se propone contratar 15 enfermeras en el 2013, 16 en el 2014 y 18 en el 2015, priorizando la MR Naranjos, quedando al final una brecha de 76 enfermeras en toda la red. Al 2015, la brecha disminuiría de 125 a 76, no siendo posible absolverla por completo. Se sugiere revisar las plazas de SERUMS y ver la posibilidad de pedir más plazas de enfermeras.

Tabla Nº 56

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red Rioja, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Naranjos	28	1	27	5	5	5	12
MR Nueva Cajamarca	49	6	43	5	5	5	28
MR Nuevo Rioja	38	6	32	0	5	5	22
MR San Juan Rio Soritor	26	3	23	5	1	3	14
Total	**141**	**16**	**125**	**15**	**16**	**18**	**76**

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Obstetras

La Red cuenta con 43 obstetras (6 serumistas, 30 contratadas, 5 nombradas y 2 sin referencia específica de su condición). Según el cálculo realizado se requieren 43 obstetras, de modo que la situación está equilibrada con una brecha de 0 obstetras.

Tabla Nº 57

Situación actual de las Obstetras: Red Rioja, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Naranjos	20,998	7	0 nombrado 5 contratados 2 serumistas	3.3	8	1
MR Nueva Cajamarca	40,171	17	3 nombrado 10 contratados 2 serumistas 2 sin dato	4.2	16	-1
MR Nuevo Rioja	31,679	10	2 nombrado 8 contratados 0 serumistas	3.2	11	1
MR San Juan Rio Soritor	23,004	9	0 nombrado 7 contratados 2 serumistas	3.9	8	-1
TOTAL DE LA RED	115,852	43	5 nombrado 30 contratados 6 serumistas 2 sin dato	3.7	43	0

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Si bien hay un balance entre el requerimiento y la dotación actual a nivel de Red, se requiere realizar una redistribución entre las MR. Existe sobredotación de 1 obstetra en las MR Nueva Cajamarca y San Juan Río Soritor, mientras que hay déficit en Naranjos y Nuevo Rioja.

En base a esta información, la Tabla N° 58 presenta la propuesta de redistribución de obstetras durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 58

Propuesta de contratación de Obstetras: Red Rioja, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Naranjos	8	7	1	1	0	0	0
MR Nueva Cajamarca	16	17	-1	-1	0	0	0
MR Nuevo Rioja	11	10	1	1	0	0	0
MR San Juan Rio Soritor	8	9	-1	-1	0	0	0
Total	43	43	0	0	0	0	0

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Red Tocache.

En esta red existen establecimientos estratégicos a priorizar: CS Bambamarca (MR Pólvora), Hosp Tocache (MR Tocache), CS Uchiza (MR Uchiza).

Según el estudio de ruralidad, esta Red esta categorizada como “Internedia”.

Médicos

La Red cuenta con 22 médicos (6 serumistas, 7 contratados y 9 nombrados). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 37 médicos, de modo que la brecha actual es de 15.

En la Tabla N° 59 se observa que las MR Pólvora tienen el mayor ratio de médicos por 10,000 habitantes de toda la Red con 4.2 médicos, pero todas las MR se encuentran por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes.

La MR Tocache presenta la mayor brecha de médicos de toda la Red

En base a esta información, la Tabla N° 54 presenta la propuesta de contratación de médicos durante el período 2013-2015.

Tabla Nº 59

Situación actual de los Médicos: Red Tocache, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Nuevo Progreso	13,709	5	2 nombrado 1 contratados 2 serumistas	3.6	5	0
MR Pólvora	11,958	5	0 nombrado 2 contratados 3 serumistas	4.2	5	0
MR Tocache	29,167	8	6 nombrado 2 contratados 0 serumistas	2.7	18	10
MR Uchiza	19,452	4	1 nombrado 2 contratados 1 serumistas	2.1	9	5
TOTAL DE LA RED	74,286	22	9 nombrado 7 contratados 6 serumistas	3.0	37	15

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Tabla Nº 60

Propuesta de contratación de Médicos: Red Tocache, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Nuevo Progreso	5	5	0	0	0	0	0
MR Pólvora	5	5	0	0	0	0	0
MR Tocache	18	8	10	5	3	2	0
MR Uchiza	9	4	5	2	1	2	0
Total	37	22	15	7	4	4	0

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

En la Red Rioja se requieren 37 médicos, la dotación actual es de 22, teniendo una brecha por cubrir de 15 médicos. La brecha de médicos es más del doble de la dotación actual. La MR Tocache es la que tiene mayor brecha de médicos por cubrir (13) y la que concentra mayor cantidad de nombrados.

En este escenario se propone contratar 7 médicos en el 2013, 4 en el 2014 y 4 en el 2015, reduciéndose la brecha de médicos en toda la Red de 15 a 0 para el 2015

La brecha puede ser resuelta al 2015.

Enfermeras

La Red cuenta con 35 enfermeras (9 serumistas, 17 contratadas y 9 nombradas). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 96 enfermeras, de modo que la brecha actual es de 61.

Tabla Nº 61

Situación actual de las Enfermeras: Red Tocache, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Nuevo Progreso	13,709	7	1 nombrado 4 contratados 2 serumistas	5.1	19	12
MR Pólvora	11,958	7	1 nombrado 4 contratados 2 serumistas	5.9	19	12
MR Tocache	29,167	17	6 nombrado 7 contratados 4 serumistas	5.8	35	18
MR Uchiza	19,452	4	1 nombrado 2 contratados 1 serumistas	2.1	23	19
TOTAL DE LA RED	74,286	35	9 nombrados 17 contratados 9 serumistas	4.7	96	61

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

La brecha de partida es demasiado alta en la Red, lo cual no hace posible resolverla en tres años (la brecha llega hasta las 61 enfermeras).

En la tabla N° 61 se observa que el ratio de enfermeras en esta Red es de 4.7, cifra muy por debajo del estándar internacional que es de 10 por 10,000 habitantes.

Todas las MR están con un déficit grande de enfermeras, que resulta difícil cubrir en el corto tiempo, siendo necesario definir otras estrategias que permitan que la población tenga los servicios que son brindados por este grupo profesional.

En base a esta información, la Tabla N° 50 presenta la propuesta de contratación de enfermeras durante el período 2013-2015.

En este escenario se propone contratar 17 enfermeras en el 2013, 12 en el 2014 y 14 en el 2015, priorizando la MR Uchiza, quedando al final una brecha de 18 enfermeras en toda la red. Al 2015, la brecha disminuiría de 61 a 18, no siendo posible absolverla por completo. Se sugiere revisar las plazas de SERUMS y ver la posibilidad de pedir más plazas de enfermeras

Tabla Nº 62

Propuesta de contratación de Enfermeras: Red Tocache, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Nuevo Progreso	19	7	12	0	0	3	9
MR Pólvora	19	7	12	5	5	3	-1
MR Tocache	35	17	18	5	2	5	6
MR Uchiza	23	4	19	7	5	3	4
Total	96	35	61	17	12	14	18

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

Obstetras

La Red cuenta con 34 obstetras (2 serumistas, 20 contratadas, 12 nombradas). Según el cálculo realizado su requerimiento estimado es de 30 obstetras, de modo que existe una sobredotación de 4 obstetras.

Tabla Nº 63

Situación actual de las Obstetras: Red Tocache, 2012

MICRORREDES	Población	Dotación Actual		Ratio x 10,000 hab.	Requerimiento	Brecha al 2012
		N°	Tipo			
MR Nuevo Progreso	13,709	7	1 nombrado 5 contratados 1 serumistas	5.1	6	-1
MR Pólvora	11,958	7	0 nombrado 6 contratados 1 serumistas	5.9	6	-1
MR Tocache	29,167	14	8 nombrado 6 contratados 0 serumistas	4.8	11	-3
MR Uchiza	19,452	6	3 nombrado 3 contratados 0 serumistas	3.1	7	1
TOTAL DE LA RED	74,286	34	12 nombrado 20 contratados 2 serumistas	4.6	30	-4

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín

Si bien hay una sobredotación en toda la Red, es necesario analizar la situación al interior de la MR, ya que encontramos que en la MR Uchiza hay déficit de 1 obstetra y en la MR Tocache es donde se observa la mayor sobredotación (3)

En base a esta información, la Tabla N° 58 presenta la propuesta de redistribución de obstetras durante el período 2013-2015.

En la situación descrita se sugiere en el 2013 dejar de contratar 1 obstetras en la MR Pólvora y destinar ese presupuesto a la contratación de 1 obstetra en la MR Uchiza. En el 2014 se sugiere dejar de contratar 1 obstetras en Pólvora t 3 obstetras en Tocache. De esta forma, al 2015 no se tiene ni brecha ni sobredotación en la Red.

Tabla Nº 64

Propuesta de contratación de Obstetras: Red Rioja, 2013 – 2015

MICRORRED	Situación 2012			Propuesta de contratos para cubrir la brecha			Brecha al 2015
	Requerimiento Total	Dotación	Brecha por cubrir	Nuevos contratos 2013	Nuevos contratos 2014	Nuevos contratos 2015	
MR Pólvora	6	7	-1	-1	-1	0	1
MR Nuevo Progreso	6	7	-1	0	0	0	-1
MR Tocache	11	14	-3	0	-3	0	0
MR Uchiza	7	6	1	1	0	0	0
Total	30	34	-4	0	-4	0	0

Fuente: Taller Regional de Dotación de RRHH, Julio 2012 – DIRES San Martín
Elaboración: Propia

DIRES SAN MARTIN

Con el esfuerzo factible de esta propuesta, la situación de la dotación de los equipos básicos del primer nivel de atención (médico, enfermera y Obstetra) será mucho mejor en tres años. Sin embargo, el enorme déficit de enfermeras es el mayor reto a enfrentar, especialmente en algunas redes que, a pesar del gran esfuerzo planteado en la propuesta, no podrá ser resuelta en los próximos tres años. Aunque, definitivamente será una mejor situación.

Como se aprecia en la tabla, las tres mayores brechas son las de enfermeras en las Redes: San Martín (114), Rioja (76) y Moyobamba (88).

A nivel de toda la DIRES, la brecha se habrá reducido con nuevas contrataciones en un 86%, la de obstetras en un 84%, pero la brecha de las enfermeras solo se podrá reducir en 43% por lo que se hace necesario implementar otras estrategias que vayan más allá de la contratación de personal.

Tabla Nº 65

RED	EBS	Brecha inicial Año 2012	Brecha Año 2015	
			N°	Nueva situación de la brecha
Red Bellavista	Médico	13	0	Resuelta
	Enfermera	65	43	Ver estrategias complementarias
	Obstetras	2	0	Resuelta
Red El Dorado	Médico	7	0	Resuelta
	Enfermera	40	21	
	Obstetras	1	0	Resuelta
Red Huallaga	Médico	-1	-4	Los médicos del I Nivel son serumistas que debería ser reemplazados por contratados
	Enfermera	26	8	
	Obstetras	-2	0	Resuelta
Red Lamas	Médico	0	-1	
	Enfermera	7	0	Resuelta
	Obstetras	-2	0	Resuelta
Red Mariscal Cáceres	Médico	9	0	Resuelta
	Enfermera	43	28	
	Obstetras	-1	0	Resuelta
Red Moyobamba	Médico	31	11	
	Enfermera	123	88	
	Obstetras	9	0	Resuelta
Red Picota	Médico	1	-2	Resuelta
	Enfermera	41	19	
	Obstetras	-4	0	Resuelta
Red Rioja	Médico	28	6	
	Enfermera	125	76	
	Obstetras	0	0	Resuelta
Red San Martín	Médico	44	10	
	Enfermera	199	114	
	Obstetras	32	5	
Red Tocache	Médico	15	0	Resuelta
	Enfermera	61	18	
	Obstetras	-4	0	Resuelta
DIRESA SAN MARTIN	Médico	147	20	La brecha de médicos se reduce en 86%
	Enfermera	730	415	La brecha de enfermeras se reduce en 43%
	Obstetras	31	5	La brecha de obstetras se reduce en 84%
	Total	908	440	La brecha del EBS se reduce en 52%

III. Conclusiones

1) La brecha de personal asistencial del primer nivel de atención, específicamente del equipo básico, es muy alta en al caso de las enfermeras.
2) Se requiere realizar un esfuerzo especial para la incorporación de estos profesionales en el corto plazo (3 años), que dependerá de dos factores: (a) el respaldo financiero en las actuales y nuevas contrataciones; y (b) en la capacidad de la oferta de estos profesionales para absorber esta necesidad.
3) En algunos casos las brechas de personal son tan excesivas que el objetivo para el período será lograr una mejor situación al 2015.
4) La mayor flexibilidad para una mejor distribución se encuentra en el grupo de contratados y SERUMS, lo que permite cambios e incorporaciones para cubrir brechas en algunas Redes y solucionar algunas sobredotaciones.
5) El Programa SERUMS juega un papel importante en las zonas con menor desarrollo; sin embargo debe corregirse el criterio de cubrir la dotación de algunas microrredes exclusivamente con este tipo de profesionales.
6) Las brechas que al 2015 aparecen en negativo y que indican “sobredotación” se refieren a propuestas de nuevas contrataciones con la condición de reemplazar plazas de serumistas que pueden ser distribuidas a otras Redes o cambiadas a otro grupo profesional.
7) Son factores de éxito el apoyo financiero a nuevas contrataciones y la capacidad de oferta de médicos y enfermeras en el mercado laboral regional. Para cada año se plantea contar con nuevos contratos[6], manteniendo la cantidad de los actuales, en el orden de:
   - el año 2013 173 nuevos
   - el año 2014 144 nuevos
   - el año 2015 151 nuevos
8) Se requiere la implementación inmediata de estrategias y políticas de retención y captación de médicos y enfermeras en las microrredes; como la aplicación de una Escala Salarial Regional e Incentivos que hagan atractivas las plazas a concursar.
9) Estas estimaciones son válidas solo para establecimientos del primer nivel de atención. Para aquellos establecimientos de salud que subirán a categorías que corresponden al II Nivel, se deberán realizar otro tipo de estimaciones. Las necesidades de recursos humanos definidas con esta metodología para estos establecimientos que pasan a ser del II Nivel, se refieren a las horas-profesional que se requieren para cubrir las atenciones del primer nivel del ámbito que le corresponde.

[6] Ver Anexo

Tabla Nº 66

Consolidado General Dotación de Recurso Humano para cubrir Brecha DIRES San Martín

	2013			2014			2015			Evolución de la Brecha			
	contratos 2012	nuevos contratos	total contratos	contratos 2013	nuevos contratos	total contratos	contratos 2014	nuevos contratos	total contratos	Brecha al 2012	Brecha al 2013	Brecha al 2014	Brecha al 2015
RED BELLAVISTA													
Médico	2	4	6	6	5	11	11	4	15	13	9	4	0
Enfermera	8	6	14	14	9	23	23	7	30	65	59	50	43
Obstetra	13	2	15	15	0	15	15	0	15	2	0	0	0
Total	**23**	**12**	**35**	**35**	**14**	**49**	**49**	**11**	**60**	**80**	**68**	**54**	**43**
RED EL DORADO													
Médico	3	3	6	6	3	9	9	1	10	7	4	1	0
Enfermera	9	6	15	15	7	22	22	6	28	40	34	27	21
Obstetra	8	0	8	8	1	9	9	0	9	1	1	0	0
Total	**20**	**9**	**29**	**29**	**11**	**40**	**40**	**7**	**47**	**48**	**39**	**28**	**21**
RED HUALLAGA			0	0									
Médico	0	1	1	1	2	3	3	0	3	-1	-2	-4	-4
Enfermera	5	6	11	11	5	16	16	7	23	26	20	15	8
Obstetra	9	-2	7	7	0	7	7	0	7	-2	0	0	0
Total	**14**	**5**	**19**	**19**	**7**	**26**	**26**	**7**	**33**	**23**	**18**	**11**	**4**
RED LAMAS													
Médico	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	-1	-1
Enfermera	4	3	7	7	2	9	9	2	11	7	4	2	0
Obstetra	5	-2	3	3	0	3	3	0	3	-2	0	0	0
Total	**9**	**1**	**10**	**10**	**3**	**13**	**13**	**2**	**15**	**5**	**4**	**1**	**-1**
RED M. CACERES													
Médico	13	3	16	16	3	19	19	3	22	9	6	3	0
Enfermera	19	7	26	26	4	30	30	4	34	43	36	32	28
Obstetra	18	-1	17	17	0	17	17	0	17	-1	0	0	0
Total	**50**	**9**	**59**	**59**	**7**	**66**	**66**	**7**	**73**	**51**	**42**	**35**	**28**
RED MOYOBAMBA			0	0		0	0		0		0	0	0
Médico	8	8	16	16	6	22	22	6	28	31	23	17	11
Enfermera	19	15	34	34	8	42	42	12	54	123	108	100	88
Obstetra	28	4	32	32	4	36	36	1	37	9	5	1	0
Total	**55**	**27**	**82**	**82**	**18**	**100**	**100**	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**
RED PICOTA													
Médico	3	3	6	6	0	6	6	0	6	1	-2	-2	-2
Enfermera	12	9	21	21	6	27	27	7	34	41	32	26	19
Obstetra	13	-4	9	9	0	9	9	0	9	-4	0	0	0
Total	**28**	**8**	**36**	**36**	**6**	**42**	**42**	**7**	**49**	**38**	**30**	**24**	**17**
RED RIOJA													
Médico	7	13	20	20	3	23	23	6	29	28	15	12	6
Enfermera	8	15	23	23	16	39	39	18	57	125	110	94	76
Obstetra	30	0	30	30	0	30	30	0	30	0	0	0	0
Total	**45**	**28**	**73**	**73**	**19**	**92**	**92**	**24**	**116**	**153**	**125**	**106**	**82**
RED SAN MARTIN													
Médico	0	15	15	15	10	25	25	9	34	44	29	19	10
Enfermera	0	28	28	28	28	56	56	29	85	199	171	143	114
Obstetra	0	7	7	7	9	16	16	11	27	32	25	16	5
Total	**0**	**50**	**50**	**50**	**47**	**97**	**97**	**49**	**146**	**275**	**225**	**178**	**129**
RED TOCACHE													
Médico	7	7	14	14	4	18	18	4	22	15	8	4	0
Enfermera	17	17	34	34	12	46	46	14	60	61	44	32	18
Obstetra	20	0	20	20	-4	16	16	0	16	-4	-4	0	0
Total	**44**	**24**	**68**	**68**	**12**	**80**	**80**	**18**	**98**	**72**	**48**	**36**	**18**
TOTAL DIRESA													
Médico	43	57	100	100	37	137	137	33	170	147	90	53	20
Enfermera	101	112	213	213	97	310	310	106	415	730	618	521	415
Obstetra	144	4	148	148	10	158	158	12	174	31	27	17	5
Total	**288**	**173**	**461**	**461**	**144**	**605**	**605**	**151**	**759**	**908**	**735**	**591**	**440**

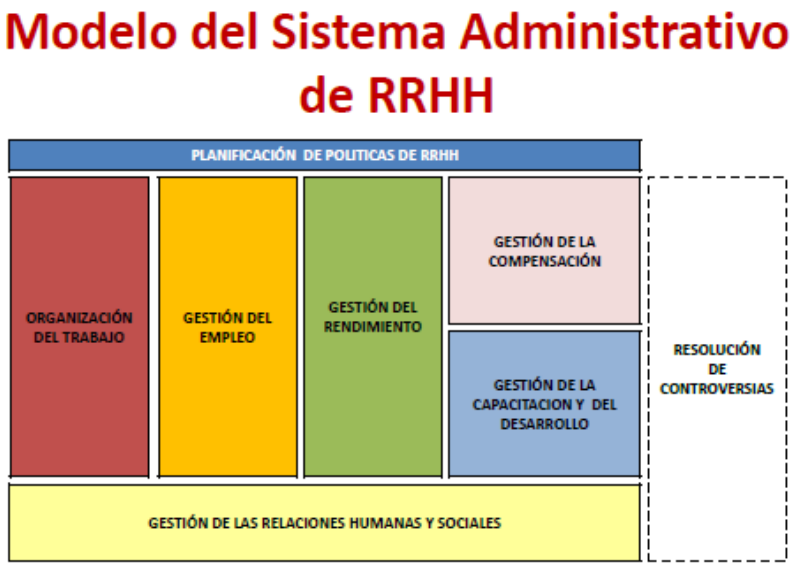
Fuente: Equipos técnicos de la DIRES San Martín

Appendix 4: Job profiles for human resources management units – Ayacucho RHD

FUNCIONES Y COMPETENCIAS PARA LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD – DIRESA AYACUCHO

De acuerdo con lo 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:



servir
HERRAMIENTA DEL PERÚ QUE CRECE

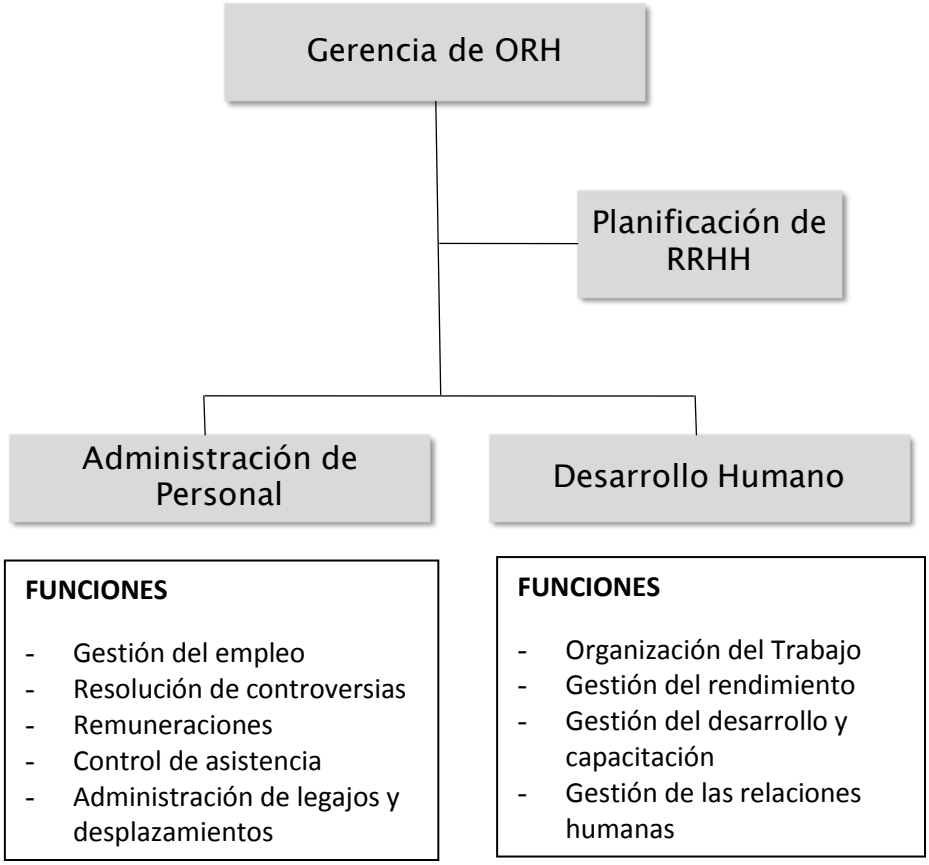
Los procesos que están considerados en cada uno de estos Sub-sistemas se muestran en el siguiente Diagrama:

De acuerdo a un diagnóstico realizado por SERVIR a las diferentes Oficina o Gerencias de Recursos Humanos del sector público, se encontraron que muchos de estos procesos NO se encuentran funcionando en la mayoría de estas unidades orgánicas, como por ejemplo (i) Planificación, (ii) Organización del Trabajo, (iii) Gestión del desempeño. Los procesos que están más desarrollados se relacionan con el subsistema de gestión del empleo; las áreas de planillas y remuneraciones; control de asistencia; administración de legajo; y desplazamientos.

Para ello, SERVIR planteó una propuesta de estructura de estas unidades, flexible al desarrollo progresivo del Sistema de RRHH en cada entidad, considerando la siguiente estructura:

a) Unidad de Planificación de RRHH, “transversal e imprescindible” para el desarrollo del sistema;
b) Unidad de Administración de Personal, donde se encuentran las funciones que tradicionalmente realiza una Oficina de RRHH
c) Unidad de Desarrollo Humano, donde están las funciones que agregan valor a la gestión de RRHH y que radica en el mejoramiento continuo del desempeño del personal.

ESTRUCTURA PROPUESTA DE SERVIR



ESTRUCTURA FUNCIONAL ACTUAL DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

La Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de la DIRESA Ayacucho no cuenta con un Manual de Organización y Funciones actualizado, se han trabajado una serie de propuestas que intentan responder a los nuevos retos que se plantean en esta importante área, los mismos que aún no han sido revisados para su aprobación.

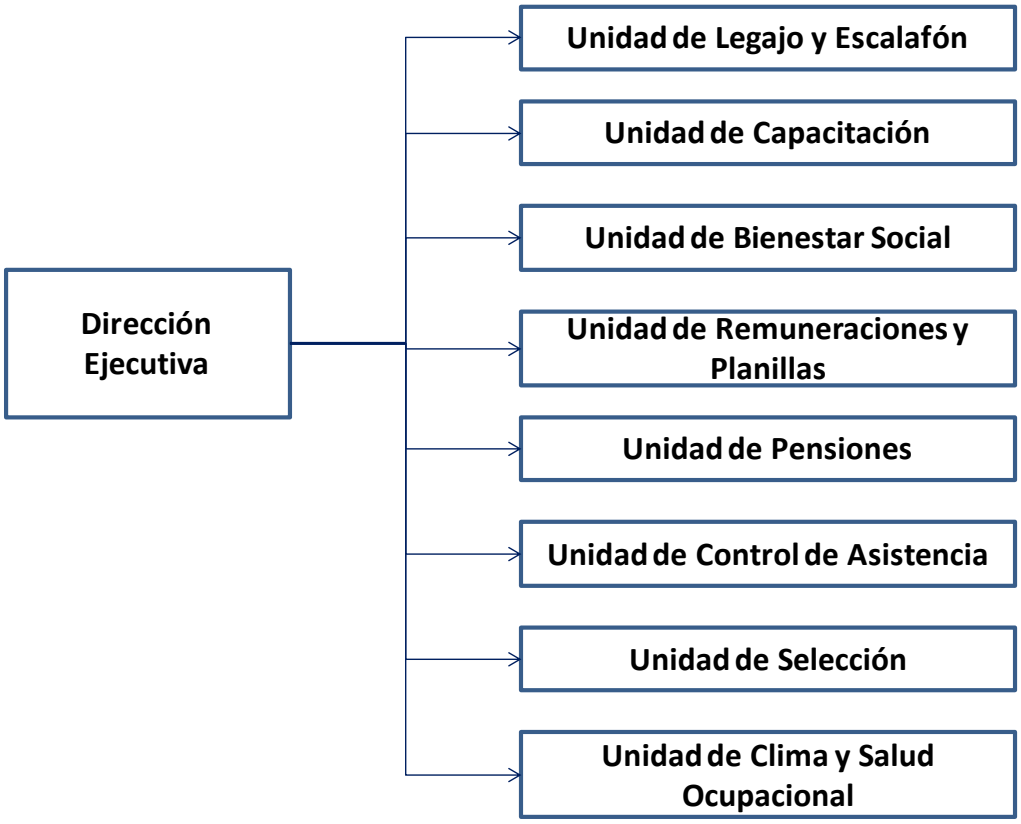
Esta Dirección, como en la mayoría de las entidades públicas, se ha organizado en base a los procesos relacionados con las áreas tradicionales de la administración del personal y muy poco con el desarrollo de los recursos humanos, a pesar del nombre de esta unidad orgánica. En todas sus Unidades hay un responsable y en algunas existen además Asistentes administrativos y Secretarias.

Haciendo un análisis de esta estructura en función a los subsistemas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos, tenemos que las 9 unidades existentes se correlacionan con los Subsistemas de la siguiente manera:

i. Sus Sistema de Gestión del Empleo (parcialmente):
   a. Unidad de Legajos y escalafón
   b. Unidad de Selección
   c. Unidad de Control de Asistencia
   d. SERUMS

ii. Sus Sistema de Gestión del Desarrollo (parcialmente):
   a. Unidad de Capacitación
iii. Sus Sistema de Gestión de la Compensación (parcialmente):
   a. Unidad de Remuneraciones y Planillas
   b. Unidad de Pensiones
iv. Sus Sistema de Gestión de las Relaciones Humanas y Sociales (parcialmente):
   a. Unidad de Bienestar Social
   b. Unidad de Clima y Salud Ocupacional

ESTRUCTURA FUNCIONAL ACTUAL



Como se puede observar, no existe un ordenamiento que permita gerenciar mejor esta Dirección Ejecutiva en el marco de un sistema de gestión de recursos humanos. Por otro lado, el equipo de esta Dirección ha iniciado el trabajo de definir perfiles y competencias para su propia Dirección y para los puestos del prime nivel de atención, con la finalidad de mejorar los procesos de reclutamiento, selección, evaluación del desempeño y capacitación. Tiene previsto seguir avanzando con este trabajo con las diferentes unidades orgánicas de la Dirección Regional de Salud, y fortalecer las capacidades de las unidades de recursos humanos de sus unidades ejecutoras desconcentradas.

Pero, la dificultad que encuentran es que las funciones relacionadas con la Organización del Trabajo; la Evaluación del Desempeño; la Selección por competencias y el Desarrollo de competencias no existen en la actual estructura de la Dirección Ejecutiva de Recursos Humanos.

Por otro lado, la DIRESA Ayacucho a través de su equipo de gestión, está desarrollando una metodología para estimar las necesidades de recursos humanos y su distribución; pero no existe ninguna unidad responsable de esta función.

Además, con la finalidad de reclutar y retener a profesionales de salud en el primer nivel de atención, sobre todo en zonas de poco desarrollo, la DIRESA Ayacucho ha definido una escala salarial para el personal contratado que espera sea justa y equitativa, la misma que cuenta con el apoyo de los trabajadores y del propio sindicato. El problema es que no existe una unidad responsable del monitoreo de su implementación.

La DIRESA Ayacucho ha desarrollado también una propuesta de evaluación de desempeño en base a metas de producción, contenidas en Acuerdos de Gestión que suscriben el Director de la DIRESA con sus unidades desconcentradas. Nuevamente el problema es que no existe una unidad responsable de la Gestión del desempeño y esta tarea recae en la buena voluntad de algunos de sus directores.

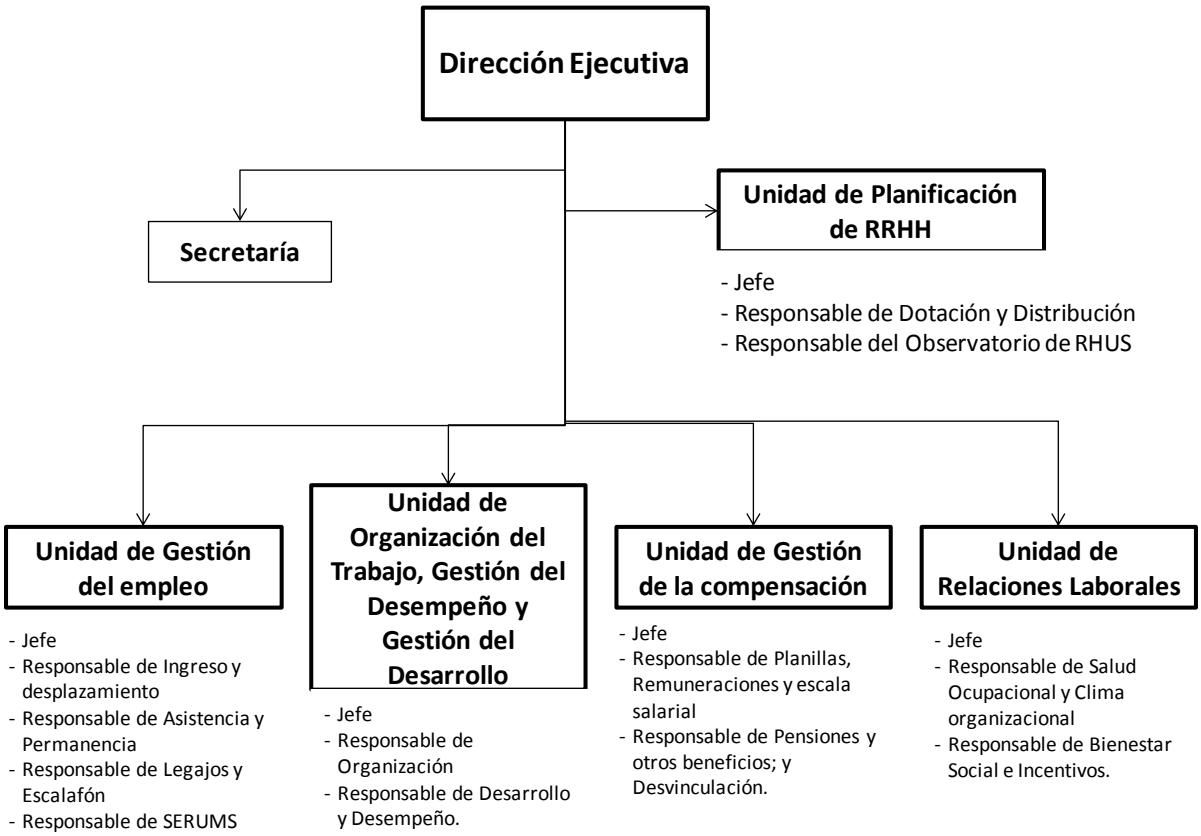
Como puede observarse, existen muchas iniciativas en la DIRESA orientadas a mejorar la planificación, distribución, reclutamiento, motivación y el desempeño de los recursos humanos en salud, pero éstas pueden quedarse en buenas intenciones si es que no se definen unidades que se hagan responsables orgánicamente de su gestión.

En ese sentido, con la finalidad de contar con menos de 7 Unidades y hacer un requerimiento adicional de recursos humanos viable y razonable, se plantea un reordenamiento de lo existente, aumentando funciones en alguna de ellas y creando la Unidad de Planificación de RRHH.

Esta propuesta se plantea como una transición a la planteada por SERVIR, ya que se espera primero especializar las funciones e ir formando una masa crítica que pueda hacer funcionar el “Sistema de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en Salud”.

La propuesta de estructura funcional se muestra en el siguiente organigrama:

PROPUESTA DE ESTRUCTURA FUNCIONAL DE TRANSICIÓN



Las funciones de los puestos están descritas en los perfiles de puesto diseñados por el equipo de la Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos y que se anexa a este documento.

A continuación presentamos un cuadro donde se consolida la información de los puestos que se proponen y los perfiles que se tienen diseñados a la fecha.

Listado de Puestos	Puestos existentes	Perfiles diseñados	Puestos por crear de manera inmediata	Puestos pendientes por crear
Dirección Ejecutiva				
Director Ejecutivo	✓	✓		
Unidad de Planificación				
Jefe		✓		✓
Responsable de Dotación y Distribución			✓	
Responsable de Observatorio			✓	
Unidad de Gestión del Empleo				
Jefe				✓

Listado de Puestos	Puestos existentes	Perfiles diseñados	Puestos por crear de manera inmediata	Puestos pendientes por crear
Responsable de Ingreso y Desplazamientos (Reclutamiento, Selección, Desplazamiento)	✓ (F!)	✓		
Responsable de Asistencia y Permanencia	✓	✓		
Responsable de Legajos y Escalafón	✓ (F3)	✓		
Responsable de SERUMS	✓	✓		
Asistentes administrativos	4			
Unidad de Organización del Trabajo, Gestión del desempeño y Gestión del Desarrollo.				
Jefe		✓	✓	
Responsable de Organización (perfiles)				✓
Responsable Desarrollo y Desempeño				✓
Unidad de Gestión de la compensación				
Jefe				✓
Responsable de Planillas y Remuneraciones y Escala salarial	✓ (F1)	✓	Agregar la función de gestión de la escala salarial	
Responsable de Pensiones y otros beneficios; y Desvinculación.	✓ (F1)	✓		
Asistentes administrativos	1			
Unidad de Relaciones Laborales				
Jefe				✓
Responsable de Salud Ocupacional, Clima Organizacional	✓	✓		
Responsables de Bienestar Social e Incentivos	✓	✓	Agregar la función de gestión de Incentivos	
Total asistentes administrativos	5			
TOTAL JEFES Y RESPONSABLES	**9**	**11**	**3**	**6**

PERFILES DE PUESTOS DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA DIRESA AYACUCHO

PERFIL DE PUESTO 1

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto:
Director Ejecutivo de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
I.2 Unidad a la que pertenece:
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta:
Director General de la DIRESA Ayacucho
I.4 Puestos que supervisa :
Unidades Orgánicas de DIRESA, redes y microrredes
II . Objetivo del puesto :
Lograr que las personas competentes estén en los lugares adecuados, haciendo bien lo que tienen que hacer.
III. Funciones esenciales del Puesto :
Conducir el funcionamiento del sistema regional de gestión de recursos humanos por competencias, en coordinación con las unidades técnicas de DIRESA, Redes y MR, de acuerdo a la misión, visión, objetivos y estrategias de la organización.
Conducir el diseño, implementación y evaluación del plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos a nivel regional, en el marco de las políticas sectoriales y la legislación vigente y en coordinación con las instituciones formadoras y colegios profesionales, basado en el diagnóstico de RHUS
Conducir los procesos de mejora del desempeño del personal y alinearlo a los valores y estrategias de la organización.
Conducir el diseño, implementación y evaluación de directivas, formatos, matrices para el acopio de información para la gestión y desarrollo de recursos humanos de la DIRESA
Otras funciones del Puesto :
Dirigir el diseño e implementación de políticas y estrategias de RRHH vinculadas al ingreso, movimiento y salida del personal, en base al mérito, perfiles o evaluaciones del desempeño.
Conducir el diseño, implementación y evaluación de los procesos de gestión de relaciones laborales, bienestar y clima organizacional de acuerdo a la normatividad vigente.
Conducir el diseño del ROF, MOF CAP y PAP en base a la normatividad vigente.
Dirigir la estimación de brechas de recursos humanos y la distribución adecuada de los mismos, de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales.
Conducir los procesos de descripción y análisis de puestos de trabajo, incluyendo requisitos y competencias para el puesto.
Definir políticas y prácticas retributivas, monetarias y no monetarias, y el ordenamiento de las remuneraciones, prestaciones e incentivos por desempeño
Conducir el diseño, implementación y evaluación de 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.

Conducir el diseño y monitoreo de indicadores de gestión de RHUS de acuerdo a las necesidades institucionales	
Elaborar propuestas y recomendaciones al planeamiento y presupuesto institucional de acuerdo a las evaluaciones trimestrales y anuales.	
Conducir la formulación de políticas de gestión y desarrollo de los RHUS (institucionales y sectoriales) de acuerdo a las necesidades institucionales y sectoriales	
Dirigir el proceso de análisis de reportes financieros y presupuestales de Personal, conforme a criterios técnicos, administrativos y gerenciales.	
Participar en la evaluación de expedientes de procesos administrativos de acuerdo a la normatividad vigente.	
Dirigir la elaboración del reglamento interno de trabajo de la Dirección.	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Todas las unidades Orgánicas de DIRESA, redes y microrredes	
4.2 Coordinaciones Externas	
Gerencia Regional de Recursos Humanos	
SERVIR, Ministerio de Salud	
Instituciones formadoras, Colegios profesionales.	
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	
Egresado de las carreras vinculadas a las ciencias de la salud, ciencias administrativas, derecho laboral	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
(x) Título Profesional	( ) Licenciado
(x) Diplomados, cursos, etc.: Gestión de Recursos Humanos Deseable: CIRHUS, PREG, PROGRESA, Gestión Sanitaria, Gestión de Servicios de Salud o Salud Pública.	(x) Maestría: Deseable en Gestión de Recursos Humanos; Gestión de servicios de salud; Salud Pública.
( ) 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 específicos para el puesto	
Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Normatividad vigente relacionada a la Gestión de RRHH Metodologías de supervisión y evaluación del desempeño.	Diseño de planes estratégicos de recursos humanos. Necesidades y flujos de información de recursos humanos. Negociación y manejo de conflictos laborales

Diseño de indicadores de gestión de recursos humanos	
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
Otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés: Deseable ( ) Hablado ( ) Escrito (x) Leído	
Idioma o dialecto local: Deseable (x) 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
( ) Analista / Especialista	(x) Gerente de Línea
(x) Coordinador / Supervisor	(x) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del título	
5 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	
3 años	
5.3.5 SERUMS (cuando corresponda)	
(x) Sí	( ) No
VI. Destrezas	
P: Trabajo en equipo (22) P: Negociación (24) P: Instrucción (25) P: Manejo de RRHH (52) C: Análisis de operaciones (30)	D: Organización de la información (13) D: Planificación para llevar a cabo una idea (17) D: Evaluación de soluciones (18) D: Organización de sistemas (48) PCD: Monitoreo y Control (9) PCD: Identificación de problemas (11)
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 2

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto:
Jefe de la Unidad de Planificación de Recursos Humanos en Salud
I.2 Unidad a la que pertenece:
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta:
Director Ejecutivo de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
I.4 Puestos que supervisa :
Unidades Orgánicas de DIRESA, redes y microrredes
II . Objetivo del puesto :
Contar con información actualizada de recursos humanos a nivel institucional y sectorial, determinar la dotación y distribución adecuada de recursos humanos en salud en todos los niveles de atención y de gestión.
III. Funciones esenciales del Puesto :
Diseñar el plan estratégico para la gestión y desarrollo de recursos humanos, en el marco de las políticas sectoriales y la legislación vigente.
Gerenciar los procesos de la elaboración, administración y uso de la información de recursos humanos institucionales (y sectoriales) de acuerdo al marco normativo y necesidades institucionales
Estimar los requerimientos y brechas de RHUS para todos los niveles de atención de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y locales
Monitorear los indicadores de gestión de RHUS de acuerdo a los planes y políticas de gestión institucional
Otras funciones del Puesto :
Mantener actualizada la base de datos del inventario regional del personal de salud
Elaborar el diagnóstico de RHUS tomando en cuenta las necesidades tanto de la formación como de la prestación
Diseñar planes y estrategias para cubrir la brecha de RHUS
Diseñar normas para la regulación de los programas de docencia-servicio (pregrado, internado, SERUMS y segunda especialización en concordancia con las políticas institucionales
Diseñar líneas de carrera en base al mérito, tiempo de permanencia y competencias para el cargo
Elaborar reportes financieros y presupuestales de Personal conforme a criterios técnicos, administrativos y gerenciales
Elaborar el Cuadro de Asignación de Personal de acuerdo a las necesidades organizacionales vigentes
Establecer metas de rendimiento de manera concertada con los equipos técnicos y de acuerdo con las necesidades institucionales
Elaborar directivas para la implementación de las líneas de carrera para todos los grupos ocupacionales, en todos los niveles institucionales (incluye definiciones de cargos)
Diseñar indicadores de gestión de RHUS de acuerdo a las necesidades institucionales
Diseñar el presupuesto de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes operativos vigentes
Elaborar propuestas y recomendaciones al planeamiento y presupuesto institucional de acuerdo a las conclusiones del análisis

Formular 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.	
Diseñar el plan operativo de la unidad de recursos humanos de acuerdo con los planes estratégicos vigentes	
Elaborar el Presupuesto Analítico de Personal de acuerdo a la normatividad vigente	
Diseñar ROF, MOF CAP y PAP en base a la normatividad vigente	
Desarrollar estudios de mercado de la Oferta y Demanda laboral	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Todas las unidades Orgánicas de DIRESA, redes y microrredes	
4.2 Coordinaciones Externas	
Gerencia Regional de Recursos Humanos	
SERVIR, Ministerio de Salud	
Instituciones formadoras, Colegios profesionales.	
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	
Egresado de las carreras vinculadas a las ciencias de la salud, educación, sociales, administrativas, ingeniería.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
(x) Título Profesional	( ) Licenciado
(x) Diplomados, cursos, etc.: Planificación Estratégica o Gestión de Recursos Humanos Deseable: CIRHUS o PREG o PROGRESA; Gestión Sanitaria, Gestión de Servicios de Salud, Salud Pública, Planificación estratégica	(x) Maestría: Deseable en Gestión de Recursos Humanos; Gestión de servicios de salud; Salud Pública; Planificación estratégica
( ) 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 específicos para el puesto	

Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Normatividad vigente relacionada a la Gestión de RRHH Diseño de indicadores de gestión de recursos humanos Diseño de planes estratégicos de recursos humanos e inversión social.	Necesidades y flujos de información de recursos humanos. Metodologías para la estimación de requerimientos de recursos humanos. Estrategias para la dotación y distribución de recursos humanos.
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
otro: Paquetes estadísticos	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
( ) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
(x) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) …..	( ) …..
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del título	
3 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	
2 años	
5.3.5 SERUMS	
(x) Sí (cuando corresponda)	( ) No
VI. Destrezas	
P: Negociación (24) P: Orientación y asesoramiento (29) P: Manejo de recursos humanos (52) P: Asertividad y firmeza (28) C: Inspección de producto (38) C: Manejo de recursos materiales: computadora (51)	D: Organización de la información (13) D: Planificación para llevar a cabo una idea (17) D: Identificar consecuencias ulteriores (44) D: Identificar las causas fundamentales (45) PCD: Elaborar programas de cómputo para varios propósitos (34) PCD: Identificación de problemas (11) PCD: Monitoreo y Control
VII. Competencias Generales	

Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración

PERFIL DE PUESTO 3

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto:
Responsable de Ingreso y Desplazamientos
I.2 Unidad a la que pertenece:
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta:
Jefe de la Unidad de Gestión del Empleo
I.4 Puestos que supervisa :
Unidades Orgánicas de DIRESA, redes y microrredes
II . Objetivo del puesto :
Reclutar y seleccionar al personal adecuado según los perfiles de puestos de la DIRESA, redes y MR y gerenciar el desplazamiento del personal de acuerdo a las necesidades institucionales.
III. Funciones esenciales del Puesto :
Apoyar en el diseño instrumentos para evaluar candidatos de acuerdo a los perfiles de puesto y competencias definidos, en coordinación con las unidades técnicas.
Elaborar las bases del proceso de reclutamiento y selección del personal basado en los perfiles de puesto
Elaborar el documento del contrato y los términos de referencia en base al perfil del puesto y al informe de resultados de la selección
Evaluar y emitir opinión de las solicitudes de desplazamiento en función a las necesidades
Otras funciones del Puesto :
Evaluar los expedientes de candidatos para verificar requisitos de acuerdo al perfil
Formular 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.
Dirigir la elaboración de las resoluciones administrativas de la institución de acuerdo a la normatividad vigente.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Todas las unidades Orgánicas de DIRESA, redes y microrredes
4.2 Coordinaciones Externas
Gerencia Regional de Recursos Humanos
SERVIR, Ministerio de Salud
Instituciones formadoras, Colegios profesionales.

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	
Egresado de las carreras vinculadas a las ciencias de la salud, ciencias administrativas, Derecho Laboral	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
(x) Título Profesional	( ) Licenciado
(x) Diplomados, cursos, etc: Reclutamiento y Selección de RRHH. Deseable en Gestión de Recursos Humanos o CIRHUS o PREG o PROGRESA; Gestión de Servicios de Salud	(x) Maestría: Deseable en Gestión de Recursos Humanos; Gerencia de servicios de salud; Salud Pública.
( ) 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 específicos para el puesto	
Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Normatividad vigente relacionada a la Gestión de RRHH, especialmente relacionadas con el reclutamiento, selección, incorporación y desplazamiento del personal. Necesidades y flujos de información de recursos humanos	Diseñar entrevistas estructuradas Diseñar evaluaciones de conocimientos Diseñar perfiles de puesto. Diseñar contratos y términos de referencia de acuerdo a la legislación vigente Diseñar resoluciones administrativas
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
Otro: Paquetes estadísticos	
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
(x) Asistente	(x) Jefe de Oficina

( ) Analista / Especialista	( ) Gerente de Línea
(x) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del título	
3 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	
2 años	
5.3.5 SERUMS	
(x) Sí (cuando corresponda)	( ) No
VI. Destrezas	
P: Orientación y asesoramiento (29) P: Asertividad y firmeza (28) P. Manejo de Recursos P: Negociación	D: Juicio y toma de decisiones (46) D: Pensamiento conceptual (19) D. Pensamiento crítico (10) D: Comunicación escrita (3)
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 4

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Jefe de la Unidad de Organización del Trabajo, Gestión del Desempeño y Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión del Desempeño y Desarrollo de Recursos Humanos
I.3 Puesto al que reporta :
Director Ejecutivo de la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
I.4 Puestos que supervisa :
Unidades Orgánicas de DIRESA, redes y microrredes
II . Objetivo del puesto :
Mejorar el desempeño de los recursos humanos de la DIRESA Ayacucho.
III. Funciones esenciales del Puesto :
Brindar asistencia técnica a las unidades orgánicas de la institución en la elaboración de los perfiles de puesto (requisitos y perfil de competencias) de acuerdo a los objetivos institucionales y a la normatividad vigente.
Brindar asistencia técnica a la DIRESA, Redes y MR para que cada jefe de unidad orgánica implemente de manera concertada planes individuales de mejora del desempeño cualitativo y cuantitativo en función a las brechas encontradas, al PDP y la normatividad vigente.

Elaborar el 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.
Supervisar y evaluar el desempeño de las unidades de capacitación de redes y MR en el marco de los estándares, procedimientos e instrumentos diseñados para el puesto laboral
Otras funciones del Puesto :
Diseñar procedimientos e instrumentos de supervisión y evaluación de competencias de acuerdo a la evidencia nacional o internacional exitosas, en coordinación con las unidades técnicas de la institución.
Elaborar el informe final de la supervisión conforme a las brechas identificadas
Realizar la inducción a los nuevos trabajadores de acuerdo a los procedimientos establecidos
Elaborar la directiva para el otorgamiento de becas de estudio y las licencias por capacitación, de acuerdo a la normatividad vigente.
Participar en el Comité de Becas de la institución para la evaluación de los expedientes de los postulantes y el otorgamiento de las becas
Elaborar el plan de supervisión del desempeño de acuerdo a las brechas de competencia identificadas.
Controlar la implementación de los Planes de Desarrollo de las Personas anualizado (PDP) de acuerdo a la normatividad vigente
Participar en el proceso de calificación de las sedes docentes de acuerdo a las normas vigentes
Implementar las normas para la gestión de los programas de docencia-servicio (pregrado, internado, SERUMS y segunda especialización) en concordancia con las políticas institucionales
Administrar el proceso de certificación de las actividades de capacitación y desarrollo de los trabajadores de la institución, incluyendo las competencias adquiridas y demostradas
Elaborar directivas y normas acerca de perfiles de competencias de acuerdo al marco normativo vigente
Elaborar reportes de monitoreo del desempeño cualitativo y cuantitativo del personal de salud de acuerdo a cumplimiento del Plan de Desempeño
Diseñar planes de desarrollo de sedes docentes de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y al PDP.
Elaborar el informe de evaluación del PDP de acuerdo a normatividad vigente
Elaborar el informe de calificación de la sede docente de acuerdo a la norma vigente
Elaborar convenios marco y específicos con instituciones de formación conforme al marco normativo y legal vigente
Difundir y socializar las directivas relacionadas con el PDP en salud, de acuerdo a la normatividad vigente.
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Con las unidades de la oficina de RRHH
Con las Direcciones Ejecutivas de la sede administrativa
Con las Unidades ejecutoras
Con las Redes y Microrredes
4.2 Coordinaciones Externas
Con la Gerencia de Recursos Humanos del Gobierno Regional
Con el MINSA, SERVIR
Con las instituciones formadoras de recursos humanos

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	
Egresado de las carreras vinculadas a las ciencias de la salud, educación, ciencias administrativas.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
(x) Título Profesional	(x) Licenciado
(x) Diplomados, cursos, etc.; Gestión de Recursos Humanos. Deseable: Gestión Pública, Gestión de la Capacitación.	( ) Maestría. Deseable en Gestión de Recursos Humanos o Gestión de Servicios de Salud o Salud Pública o Docencia o Educación.
( ) Doctorado	
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
(x) Sí (en caso de profesionales en ciencias de la salud)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	
Gestión de Desarrollo de Recursos humanos en Salud. Elaboración de perfiles por competencias Elaboración de planes de desarrollo de las personas. Normatividad vigente relacionada a la gestión de RRHH	Educación de adultos Metodologías de supervisión y evaluación de desempeño. Gestión de la capacitación.
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
Otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: Deseable (x) 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
(x) Tutor/facilitador/educador	( ) Gerente de Línea
(x) Coordinador / Supervisor	(x) Asistencial
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del Título	
5 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	
2 años	
VI. Destrezas	
P. Trabajo en equipo P. Orientación/ asesoramiento P. Negociación P. Construcción de relaciones P. Manejo de Recursos Humanos	D. Planificación para llevar a cabo una idea D. Evaluación de soluciones D. Organización de sistemas
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 5

I. Identificación del Puesto:	
I.1 Nombre del Puesto :	
Responsable de Pensiones y otros beneficios	
I.2 Unidad a la que pertenece :	
Unidad de Gestión de la compensación	
I.3 Puesto al que reporta :	
Jefe de la Unidad de Gestión de la compensación	
I.4 Puestos que supervisa :	
Responsables de Pensiones de las unidades ejecutoras del sector	
II . Objetivo del puesto :	
Mejorar la gestión de las pensiones y otros beneficios del personal de la Dirección Regional de Salud Ayacucho	
III. Funciones esenciales del Puesto :	
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	
Supervisar el cumplimiento y aplicación de las normas y procedimientos técnicos y pensiones y beneficios	
Otras funciones del Puesto :	
Proponer metodologías de trabajo para una adecuada aplicación de las normas legales para pensionistas y sobrevivientes.	
Evaluar expedientes para la desvinculación laboral en base a la normatividad vigente	
Diseñar directivas de desvinculación del personal de acuerdo a la normatividad vigente	
Procesar y proyectar Resoluciones de pensiones y otros beneficios	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Con el Director Ejecutivo de RRHH	
Con el Responsable de planillas, remuneraciones y escala salarial	
Con el Responsable de ingreso y desplazamientos	
4.2 Coordinaciones Externas	
Ministerio de Salud	
Ministerio de Economía y Finanzas, SERVIR.	
Con la Oficina Nacional de Previsión Social (ONP).	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	( ) Universitario completo (deseable)
(x) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Ninguno	

5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	(x) Técnico
( ) Bachiller (deseable)	( ) Título Profesional
( ) Licenciado	(x) Diplomados, cursos, etc.: Gestión de Pensiones
( ) Maestría	( ) Doctorado
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
( )	(x) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
( )	(x) No
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
( )	(x) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	
Conocimiento actualizado en normas legales relacionadas a pensiones y otros beneficios. Gestión de pensiones	Manejo de archivos Gestión de recursos humanos
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
Otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado (deseable) ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
(x) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
(x) Asistente administrativo	( ) Jefe de Oficina
( ) Tutor/facilitador/educador	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
5.3.2 Señale los años de experiencia general	
5 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 en el sector salud (público o privado)	
3 años	
VI. Destrezas	

P. Trabajo en Equipo P. Asertividad / Firmeza P: Orientación / Asesoramiento	D. Organización de la información D. Manejo de recurso financiero D: Síntesis / Reorganización
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 6

I. Identificación del Puesto:	
I.1 Nombre del Puesto :	
Responsable de Bienestar Social e Incentivos	
I.2 Unidad a la que pertenece :	
Unidad de Relaciones Laborales	
I.3 Puesto al que reporta :	
Jefe de la Unidad de Relaciones Laborales	
I.4 Puestos que supervisa :	
Responsables de bienestar social en las redes y microrredes, o quien realice la función	
II . Objetivo del puesto :	
Mejorar el bienestar laboral y social de los trabajadores en la Dirección Regional de Salud Ayacucho	
III. Funciones esenciales del Puesto :	
Diseñar programas de bienestar social de acuerdo a la normatividad vigente	
Supervisar a redes y microrredes en la implementación de los programas de bienestar social	
Diseñar políticas de incentivos monetarias y no monetarias para retener al personal competente de acuerdo a la evaluación del desempeño	
Otras funciones del Puesto :	
Proponer formas de reconocimiento al personal de acuerdo a la normatividad vigente	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Con las unidades orgánicas de la Sede Administrativa de la DIRESA	
Con las unidades ejecutoras	
Con el hospital y las redes y microrredes	
4.2 Coordinaciones Externas	
Con ESSALUD	
Con SERVIR	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(x) Universitario completo
( ) Técnico completo	(x) Posgrado: Deseable en Gestión de Recursos Humanos
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	

Profesional de la Salud o Ciencias Sociales	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
(x) Título Profesional	(x) Licenciado
(x) Diplomados, cursos, etc.: Bienestar Social. Deseable: Gestión de RRHH. Motivación de personal e incentivos. Inteligencia emocional. Conciliación.	(x) Maestría: Deseable en Gerencia Social.
( ) 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
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
(x) Sí (cuando corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	
Gestión de Desarrollo de Recursos humanos en Salud. Normatividad vigente relacionada al Bienestar del Trabajador	Diseño de planes de incentivos monetarios y no monetarios Diseño de programas de motivación y mejora de relaciones interpersonales.
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: Deseable (x) 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
(x) Asistente administrativo	( ) Jefe de Oficina
( ) Tutor/facilitador/educador	( ) Gerente de Línea
(x) Coordinador / Supervisor	(x) Asistencial
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del Título	
3 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 en el sector salud (público o privado)	

2 años	
VI. Destrezas	
P. Trabajo en Equipo P. Manejo de Recursos Humanos P. Orientación y Asesoramiento P. Asertividad y Firmeza	D. Pensamiento analítico D. Evaluación de soluciones D. Identificar causas fundamentales
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 7

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Responsable de Planillas, Remuneraciones y Escala Salarial
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión de la Compensación
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de Gestión de la Compensación
I.4 Puestos que supervisa :
Responsables de remuneraciones de las unidades ejecutoras del sector
II . Objetivo del puesto :
Mejorar la gestión de las compensaciones salariales en la Dirección Regional de Salud Ayacucho
III. Funciones esenciales del Puesto :
Organizar la información de la planilla de pagos, remuneraciones y pensiones según niveles y grupos profesionales (administrativos y asistenciales), de acuerdo a la normatividad vigente
Definir una escala salarial equitativa y justa de acuerdo a las políticas institucionales vigentes y controlar su aplicación en las unidades ejecutoras
Elaborar propuesta de presupuesto analítico del personal (PAP) de la sede administrativa de la DIRESA Ayacucho.
Definir el calendario de compromisos para el pago de remuneraciones y pensionistas a nivel de la DIRESA y brindar asistencia a las unidades ejecutoras
Otras funciones del Puesto :
Supervisar y evaluar la aplicación de los compromisos en el software del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)
Elaborar el anteproyecto de presupuesto de la DIRESA Ayacucho (Genérica 01 Personal y Obligaciones Sociales, Genérica 02 Obligaciones Previsionales)
Elaborar el plan operativo del sistema de remuneraciones y presupuesto
Elaborar el cronograma de las actividades y obligaciones de la unidad
Brindar asistencia técnica a las unidades ejecutoras en el sistema de remuneraciones y planillas

Programar el pago a terceros con quienes tiene convenio para la ejecución de descuentos a los trabajadores	
Organizar y controlar el archivo de la documentación de su competencia	
Definir beneficios extra salariales y salariales por trabajo extra horario de acuerdo a la normatividad vigente	
Elaborar reportes financieros y presupuestales de Personal conforme a criterios técnicos, administrativos y gerenciales	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Con el equipo de trabajo de la Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de RRHH	
Con la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	
Con la Dirección Ejecutiva de Administración (Contabilidad)	
Con las Unidades Ejecutoras del Sector	
4.2 Coordinaciones Externas	
Ministerio de Salud	
Ministerio de Economía y Finanzas	
Gerencia Regional de Planeamiento del Gobierno Regional	
ESSALUD	
SUNAT	
Instituciones financieras	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(x) Universitario completo (deseable)
(x) Técnico completo	( ) Posgrado
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Deseable: Egresado de carreras relacionadas con las ciencias administrativas.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	(x) Técnico
(x) Bachiller (deseable)	( ) Título Profesional
( ) Licenciado	( ) Diplomados, cursos, etc.
( ) Maestría	( ) Doctorado
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
( )	(x) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
( )	(x) No
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
( )	(x) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	

Presupuesto público Normatividad vigente relacionada con legislación laboral, remuneraciones y beneficios sociales	Herramientas informáticas vigentes en administración, presupuesto y financiamiento público Manejo de escala salarial
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Intermedio
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado (deseable) ( ) Escrito ( ) Leído	
5.3 Experiencia Laboral :	
5.3.1 Marque el tipo de puesto en que debe tener experiencia previa	
(x) Practicante/Auxiliar	(x) Jefe de Área
(x) Asistente administrativo	( ) Jefe de Oficina
( ) Tutor/facilitador/educador	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del Título	
5 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	
3 años	
VI. Destrezas	
C: Manejo de recursos materiales (51) D: Recopilar información (12) D. Manejo de recurso financiero D: Síntesis / reorganización (14)	D. Pensamiento conceptual D. Pensamiento analítico D. Generar ideas y solucionar problemas
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 8

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Responsable de Salud Ocupacional y Clima Organizacional
I.2 Unidad a la que pertenece :

Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos	
I.3 Puesto al que reporta :	
Director de la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos	
I.4 Puestos que supervisa :	
Responsables de salud ocupacional en las redes y microrredes (o quien realice la función)	
II . Objetivo del puesto :	
Mejorar la salud ocupacional del personal y el clima laboral de la organización	
III. Funciones esenciales del Puesto :	
Diseñar políticas, directivas y planes para la gestión de la seguridad en el trabajo (incluye control y vigilancia) conforme a la normatividad vigente	
Diseñar indicadores y realizar el monitoreo en base a los indicadores sobre la Salud Ocupacional	
Asesorar en el diseño de directivas para realizar estudios sobre el clima laboral en la DIRESA, Redes y Microrredes	
Supervisar el cumplimiento de las normas y acciones sobre Salud Ocupacional y Clima Laboral (incluye la elaboración del informe técnico correspondiente)	
Otras funciones del Puesto :	
Dar asistencia técnica a las unidades ejecutoras y operativas, para implementación de directivas y elaboración de estrategias y planes de mejora del clima organizacional y la salud ocupacional, de acuerdo al diagnóstico	
Asesorar a la Dirección de RRHH en la implementación de las estrategias de resolución de conflictos conforme a la políticas institucional	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Con las unidades orgánicas de la Sede Administrativa de la DIRESA	
Con las unidades ejecutoras	
Con el hospital y las redes y microrredes	
4.2 Coordinaciones Externas	
Con la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional	
Con el MINSA, SERVIR	
Con el Ministerio de Trabajo	
V. Requisitos :	
5.1 Formación Académica	
( ) Secundaria Completa	( ) Universitario Incompleto
( ) Técnico incompleto (estudiando)	(x) Universitario completo
( ) Técnico completo	(x) Posgrado (deseable: salud ocupacional y gestión en RRHH)
5.1.1 Describa las especialidades o carreras de pregrado preferentes	
Profesional de la Salud, Ciencia Administrativas o Ciencias Sociales	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
(x) Título Profesional	(x) Licenciado
(x) Diplomados, cursos, etc.: Comportamiento organizacional, Salud	( ) Maestría

Ocupacional.	
( ) 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
5.1.5 Marque si requiere SERUMS / SECIGRA	
(x) Sí (según corresponda)	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	
Gestión de Desarrollo de Recursos humanos en Salud. Diseño de estudios cualitativos	Normatividad vigente relacionada a la Salud Ocupacional Metodologías de supervisión y evaluación. Clima Organizacional
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: ( ) Hablado (deseable) ( ) 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
(x) Asistente administrativo	( ) Jefe de Oficina
(x) Tutor/facilitador/educador	( ) Gerente de Línea
(x) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del Título	
3 años	
5.3.3 Señale los años de experiencia específica , en el área de trabajo, requeridos como mínimo	
6 meses	
5.3.4 Señale los años de experiencia prestando servicios en el Estado Peruano	
2 años	
VI. Destrezas	

P. Orientación y Asesoramiento P. Trabajo en equipo P. Manejo de Recursos Humanos	D. Recopilación y organización de la información D. Pensamiento analítico D. Evaluación de soluciones D. Identificar causas fundamentales D. Pensamiento analítico
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 9

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Responsable de Legajos y escalafón
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión del Empleo
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de la Unidad de Gestión del Empleo
I.4 Puestos que supervisa :
Responsables del manejo de legajos y escalafón de las unidades ejecutoras de la DIRESA
II . Objetivo del puesto :
Contar con información actualizada de la situación laboral del personal de la DIRESA
III. Funciones esenciales del Puesto :
1. 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.
2. Brindar información técnica referente al escalafón de personal para trámites en acciones administrativas.
3. Elaborar el plan operativo del sistema de registro y archivo de escalafón.
4. Brindar asistencia técnica en el sistema de archivo de escalafón y legajos a las unidades ejecutoras.
Otras funciones del Puesto :
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Con el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos.
Con las Direcciones Ejecutivas de la sede administrativa
4.2 Coordinaciones Externas
Con la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos del MINSA
Con la Dirección Regional de Archivo
SERVIR

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	
Especialista en Legajos y Escalafón.	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
( ) Título Profesional	( ) Licenciado
( ) Diplomados, cursos, etc.: Legajos, Escalafón y Archivo	( ) Maestría
( ) Doctorado	
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
( ) Sí	(x) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesion	
( ) Sí	(x) No
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
( ) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	
Normatividad vigente relacionada a legajo y archivo. Elaboración de plan operativo	Metodologías de supervisión y Evaluación Gestión del archivo del personal.
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
Otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: (x) Hablado (deseable) ( ) 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 administrativo	( ) Jefe de Oficina
( ) Tutor/facilitador/educador	( ) Gerente de Línea
( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del Título	
3 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	
1 años	
VI. Destrezas	
P. Orientación de servicio P. Trabajo en equipo P. Instrucción	D. Comunicación escrita. D. Recopilación de información D. Planificación D. Estrategia de aprendizaje
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 10

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Responsable de Asistencia y Permanencia
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión del Empleo
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de Unidad de Gestión del Empleo
I.4 Puestos que supervisa :
A todos los trabajadores de la DIRESA
II . Objetivo del puesto :
Mantener actualizada la información de asistencia y permanencia del personal de la DIRESA.
III. Funciones esenciales del Puesto :
1. Cumplimiento de la normatividad vigente en relación al control de asistencia y permanencia de los trabajadores de la DIRESA.
2. Brindar información técnica referente a la asistencia y permanencia del personal de la DIRESA al inmediato superior.
3. Elaborar el consolidado y las planillas de liquidación de la asistencia, inasistencia, licencias y comisiones de servicio y tardanzas en forma mensual.
4. Controlar el correcto funcionamiento de los equipos de asistencia y control de la DIRESA.
Otras funciones del Puesto :
IV . Coordinaciones :
4.1 Coordinaciones Internas
Con el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Gestión y Recursos Humanos.
Con la Oficina de Administración
4.2 Coordinaciones Externas

MINSA / SERVIR	
Gerencia de Recursos Humanos del 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	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
(x) Título de técnico	( ) Bachiller
( ) Título Profesional	( ) Licenciado
(x) Diplomados, cursos, etc.: Control de asistencia y permanencia	( ) Maestría
( ) Doctorado	
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
( ) Sí	(x) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
( ) Sí	(x) No
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
( ) Sí	(x) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	
Normas de control de asistencia y permanencia vigentes.	
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	
Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: Deseable (x) 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 administrativo	( ) Jefe de Oficina
( ) Tutor/facilitador/educador	( ) Gerente de Línea

( ) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del Título	
3 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	
1 año	
VI. Destrezas	
P. Asertividad y firmeza D: Comunicación escrita	D. Organización de información D. Recopilación de información C. Detección de averías
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

PERFIL DE PUESTO 11

I. Identificación del Puesto:
I.1 Nombre del Puesto :
Responsable de SERUMS
I.2 Unidad a la que pertenece :
Unidad de Gestión del Empleo
I.3 Puesto al que reporta :
Jefe de Unidad de Gestión del Empleo
I.4 Puestos que supervisa :
A las redes/ microrredes y Unidades Ejecutoras
II . Objetivo del puesto :
Mejorar la administración del Recurso Humano SERUM
III. Funciones esenciales del Puesto :
1. Realizar el diagnóstico de necesidades de profesionales SERUMS de acuerdo al perfil epidemiológico y a las necesidades de las estrategias sanitarias regionales, de acuerdo a la normatividad vigente.
2. Administrar el programa SERUMS en concordancia con las políticas institucionales y de acuerdo a la normatividad vigente.
3. Supervisar, monitorear y evaluar a responsables de redes en el proceso de Gestión de SERUMS.
4. Integrar el Comité Regional de SERUMS de acuerdo a la normatividad vigente.
Otras funciones del Puesto :
5. Gestionar el pago por gastos de instalación , haberes y beneficios de los profesionales SERUM
6. Elaborar el plan operativo de sus actividades anuales.
7. Brindar información técnica referente al programa SERUMS al inmediato superior
8. Gestionar el proceso de sorteo y adjudicación de las plazas del programa SERUMS regional.

9. Gestiona la capacitación de inducción a los profesionales SERUMS	
IV . Coordinaciones :	
4.1 Coordinaciones Internas	
Con el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Gestión y Recursos Humanos.	
Con la Alta Dirección	
Con la Dirección Ejecutiva de Planeamiento y Gestión Institucional	
4.2 Coordinaciones Externas	
Con la Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos - MINSA	
Con el Comité Regional de SERUMS	
Con los Colegios Profesionales	
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	
Egresado de las Ciencias de la Salud	
5.1.2 Marque el grado académico mínimo requerido	
( ) Ninguno, estudiante	( ) Bachiller
(x) Título Profesional	( ) Licenciado
( ) Diplomados, cursos, etc.	( ) Maestría
( ) Doctorado	
5.1.3 Marque si requiere colegiatura profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.4 Marque si requiere habilitación profesional	
(x) Sí	( ) No
5.1.5 Marque si requiere SERUMS	
(x) Sí	( ) No
5.2 Conocimientos:	
5.2.1 Conocimientos específicos para el puesto	
* Normas SERUMS vigentes. * Análisis de situación de Salud * Gestión de Recursos Humanos	
5.2.2 Conocimientos complementarios	
Ofimática	**Elegir el nivel requerido**
Procesador de texto	Nivel Básico
Hoja de cálculo	Nivel Básico
Presentaciones	Nivel Básico
Correo Electrónico	Nivel Básico
Otro: Paquetes estadísticos	
Idiomas:	

Inglés: ( ) Hablado ( ) Escrito ( ) Leído	
Idioma o dialecto local: Deseable (x) 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
( ) Tutor/facilitador/educador	( ) Gerente de Línea
(x) Coordinador / Supervisor	( ) Gerente / Director
( ) Unidad de capacitación	( ) Personal asistencial
5.3.2 Señale los años de experiencia general desde la obtención del Título	
5 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	
1 año	
VI. Destrezas	
P. Trabajo en equipo P. Asertividad y firmeza P. Escucha activa	D. Pensamiento crítico D. Organización de sistemas
VII. Competencias Generales	
Compromiso ético Respeto por la vida, las personas y el ambiente Trabajo en equipo y colaboración	

Appendix 5: Salary scales for health workers in PHC – San Martin RHD – Valuation of posts

Criterios y Ponderaciones

Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo de recorrido hacia las comunidades distantes en su jurisdicción (trabajo extramuro)	
A. Mas rural	50	A. Más de 8 horas	65	A. Quintil I y II	30	A. Más de 6 horas	36
B. Rural	40	B. De 2 horas a 8 horas	55	B. Quintil III	25	B. Entre 3 y 6 horas	30
C. Intermedio	35	C. De 15 minutos a 2 horas	40	C. Quintil IV	20	C. Entre 30 minutos y 3 horas	25
D. Urbano	30	D. Menos de 15 minutos	35	D. Quintil V	15	D. Menos de 30 minutos	20

VALORACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN CRITERIOS Y PONDERACIONES

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
	RED BELLAVISTA									
	MR ALTO BIAVO									
1	BARRANCA	A	50	B	55	A	30	B	30	165
2	CUZCO	A	50	B	55	A	30	C	25	160
3	INCAICO	A	50	B	55	A	30	B	30	165
4	JOSE OLAYA	A	50	B	55	A	30	A	36	171
5	NUEVA ARICA	A	50	B	55	A	30	A	36	171
	MR BAJO BIAVO									
6	DOS UNIDOS	B	40	B	55	A	30	C	25	150
7	LA UNION	B	40	B	55	A	30	C	25	150
8	NUEVO LIMA	B	40	B	55	A	30	B	30	155
9	NUEVO TARAPOTO	A	50	B	55	A	30	B	30	165
10	SANTA ELENA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
11	YANAYACU	A	50	B	55	A	30	B	30	165
	MR BELLAVISTA									
12	BUENOS AIRES	C	35	B	55	B	25	C	25	140
13	CRISTINO GARCIA CARHUAPOMA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
14	HUACHO	B	40	B	55	B	25	D	20	140
15	HUINGOYACU	B	40	B	55	A	30	C	25	150
16	LA LIBERTAD	B	40	C	40	A	30	C	25	135

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
17	LAS MERCEDES	B	40	B	55	B	25	D	20	140
18	LIMON	C	35	C	40	B	25	C	25	125
19	NUEVA FLORIDA	B	40	B	55	B	25	C	25	145
20	PALESTINA	B	40	B	55	A	30	D	20	145
21	PANAMA	B	40	C	40	A	30	D	20	130
22	PERUATE	C	35	B	55	B	25	C	25	140
23	RURAL BELLAVISTA	C	35	C	40	B	25	C	25	125
24	SAN RAFAEL	B	40	C	40	A	30	D	20	130
25	TINGO DE SAPOSOA	C	35	C	40	B	25	C	25	125
	MR SAN PABLO- CONSUELO									
26	CONSUELO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
27	DOS DE MAYO	B	40	B	55	A	30	B	30	155
28	FAUSA LAMISTA	A	50	B	55	A	30	D	20	155
29	FAUSA SAPINA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
30	RAMON CASTILLA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
31	SAN PABLO	B	40	B	55	A	30	D	20	145
	RED EL DORADO									
	MR AGUA BLANCA									
32	AGUA BLANCA	B	40	C	40	A	30	C	25	135
33	BARRANQUITA RIO SISA	A	50	C	40	A	30	B	30	150
34	PACASMAYO	B	40	C	40	A	30	D	20	130
35	SANTA ELENA	A	50	C	40	A	30	C	25	145
36	SANTA ROSA	A	50	C	40	A	30	C	25	145
37	BUENA VISTA	A	50	B	55	A	30	C	25	160
	MR SAN JOSE DE SISA									
38	AMINIO	B	40	C	40	A	30	C	25	135
39	HUAJA	B	40	C	40	A	30	C	25	135
40	NAUTA	B	40	C	40	A	30	C	25	135
41	SAN JOSE DE SISA	B	40	C	40	A	30	C	25	135
42	SAN JUAN DE MIRAFLORES	B	40	C	40	A	30	C	25	135
43	SANTA CRUZ	B	40	C	40	A	30	D	20	130
44	SANTA MARTHA	B	40	C	40	A	30	C	25	135
	MR SAN MARTIN ALAO									
45	CASHNAHUASI	A	50	B	55	A	30	B	30	165
46	PACAYPAMPA	A	50	B	55	A	30	A	36	171
47	SAN MARTIN DE ALAO	A	50	C	40	A	30	C	25	145
48	SHATOJA	B	40	C	40	A	30	C	25	135
49	SINAMI	A	50	C	40	A	30	C	25	145

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
	RED HUALLAGA									
	MR SACANCHE									
50	COLLPA	A	50	B	55	A	30	B	30	165
51	EL ESLABON	C	35	B	55	B	25	C	25	140
52	NUEVO SACANCHE	A	50	B	55	A	30	B	30	165
53	SACANCHE	B	40	B	55	A	30	c	25	150
	MR SAPOSOA									
54	AHUIHUA 7 DE JUNIO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
55	ALMENDRAS	B	40	B	55	A	30	C	25	150
56	CANAAN	A	50	A	65	A	30	A	36	181
57	CHAMBIRA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
58	EL DORADO	A	50	B	55	A	30	A	36	171
59	INTIYACU	B	40	B	55	A	30	C	25	150
60	NUEVA VIDA	A	50	B	55	A	30	A	36	171
61	PALTAICO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
62	PASARRAYA	A	50	B	55	A	30	B	30	165
63	PISCOYACU	B	40	B	55	A	30	C	25	150
64	RURAL SAPOSOA	C	35	B	55	A	30	C	25	145
65	SAN ANDRES	B	40	B	55	A	30	C	25	150
66	SAN REGIS	B	40	B	55	A	30	C	25	150
67	YACUSISA	A	50	B	55	A	30	C	25	160
	RED LAMAS									
	MR LAMAS									
68	ALTO SHAMBOYACU	C	35	C	40	A	30	C	25	130
69	CHIRAPA LA LIBERTAD	C	35	C	40	A	30	C	25	130
70	CHIRICYACU	C	35	C	40	A	30	B	30	135
71	HUAYCO LAMAS	C	35	C	40	A	30	D	20	125
72	PAMASHTO	C	35	C	40	A	30	C	25	130
73	RURAL LAMAS	C	35	C	40	A	30	D	20	125
74	YURI LAMAS	A	50	A	65	A	30	A	36	181
	RED MARISCAL CACERES									
	MR CAMPANILLA									
75	BALZAYACU	B	40	D	35	A	30	C	25	130
76	CAMPANILLA	B	40	D	35	A	30	A	36	141
77	NUEVO JAEN	B	40	D	35	A	30	C	25	130
78	PERLAMAYO	B	40	D	35	A	30	B	30	135
79	SHUMANZA	B	40	D	35	A	30	C	25	130
80	SION (Rural)	A	50	D	35	A	30	C	25	140

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
	MR COSTA RICA									
81	AUCARARCA	A	50	D	35	A	30	B	30	145
82	CENTRO AMERICA	A	50	D	35	A	30	A	36	151
83	COSTA RICA	A	50	D	35	A	30	B	30	145
84	CUÑUMBUZA	A	50	D	35	A	30	A	36	151
85	DOS UNIDOS (SAN JOSE DEL CAOO)	A	50	D	35	A	30	C	25	140
86	SOLEDAD	A	50	D	35	A	30	A	36	151
	MR HUICUNGO									
87	ALTO EL SOL	A	50	D	35	A	30	C	25	140
88	DOS DE MAYO	A	50	D	35	A	30	C	25	140
89	HUICUNGO	B	40	D	35	A	30	C	25	130
90	NUEVA ESPERANZA	A	50	D	35	A	30	A	36	151
91	NUEVO CHIMBOTE	A	50	D	35	A	30	B	30	145
92	PACHIZA	B	40	D	35	A	30	B	30	135
93	PIZARRO	A	50	D	35	A	30	C	25	140
94	SANTA INES	A	50	D	35	A	30	C	25	140
	MR JUANJUI									
95	ARMAYARI	A	50	D	35	A	30	D	20	135
96	BAGAZAN	A	50	D	35	A	30	A	36	151
97	CAYENA	B	40	D	35	A	30	D	20	125
98	DE APOYO I JUANJUI	D	30	D	35	A	30	B	30	125
99	HUAYABAMBA	B	40	D	35	A	30	D	20	125
100	HUINGUILLO	B	40	D	35	A	30	C	25	130
101	LA VICTORIA	D	30	D	35	A	30	C	25	120
102	LEDOY	A	50	D	35	A	30	A	36	151
103	MIRAFLORES	B	40	D	35	A	30	D	20	125
104	PAJARILLO	A	50	D	35	A	30	C	25	140
105	QUINILLA	B	40	D	35	A	30	B	30	135
106	SAN JUAN DEL CAÑO	A	50	D	35	A	30	D	20	135
107	SAN RAMON	A	50	D	35	A	30	C	25	140
108	SHEPTE	B	40	D	35	A	30	D	20	125
109	VILLA PRADO	B	40	D	35	A	30	C	25	130
	RED MOYOBAMBA									
	MR JEPELACIO									
110	CARRIZAL	B	40	D	35	A	30	A	36	141
111	JEPELACIO	B	40	D	35	A	30	B	30	135
112	NUEVO SAN MIGUEL	B	40	D	35	A	30	B	30	135
113	PACAYPITE	B	40	D	35	A	30	B	30	135

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
114	SHUCSHUYACU	B	40	D	35	A	30	C	25	130
	MR JERILLO									
115	ALAN GARCIA PEREZ	A	50	D	35	A	30	C	25	140
116	BETANIA	A	50	D	35	A	30	C	25	140
117	GOSEN	A	50	D	35	A	30	C	25	140
118	JERILLO	B	40	D	35	A	30	C	25	130
119	LA HUARPIA	B	40	D	35	A	30	B	30	135
120	LA LIBERTAD BAJO MAYO	A	50	D	35	A	30	D	20	135
121	MIRAFLORES	A	50	D	35	A	30	C	25	140
122	PACAYZAPA	B	40	D	35	A	30	C	25	130
123	PORVENIR DEL NORTE	A	50	D	35	A	30	C	25	140
124	RAMIREZ	B	40	D	35	A	30	C	25	130
125	ROQUE ALONSO DE ALVARADO	B	40	D	35	A	30	B	30	135
126	SAN JUAN DE PACAYZAPA	B	40	D	35	A	30	B	30	135
127	VENCEDOR	A	50	D	35	A	30	C	25	140
	MR LLUILLUCUCHA									
128	CALZADA	B	40	D	35	A	30	C	25	130
129	CORDILLERA ANDINA	A	50	D	35	A	30	C	25	140
130	LA FLOR DE LA PRIMAVERA	A	50	D	35	A	30	C	25	140
131	LLUYLLUCUCHA	D	30	D	35	A	30	D	20	115
132	MARONA	C	35	D	35	A	30	B	30	130
133	OCHAME	A	50	D	35	A	30	C	25	140
134	QUILLOALLPA	A	50	D	35	A	30	C	25	140
135	SAN MATEO	A	50	D	35	A	30	C	25	140
136	SANTA ROSA BAJO TANGUMI	A	50	D	35	A	30	D	20	135
137	SANTA ROSA DE OROMINA	A	50	D	35	A	30	C	25	140
138	SUGLLAQUIRO	A	50	D	35	A	30	A	36	151
139	TAHUISHCO	C	35	D	35	A	30	C	25	125
	MR SORITOR									
140	ALTO PERU	C	35	D	35	A	30	C	25	125
141	ALTO SAN MARTIN	C	35	D	35	A	30	C	25	125
142	HABANA	B	40	D	35	A	30	C	25	130
143	JERICOB	B	40	D	35	A	30	C	25	130
144	SAN MARCOS	B	40	D	35	A	30	A	36	141
145	SORITOR	C	35	D	35	A	30	C	25	125
	MR YANTALÓ									
146	BUENOS AIRES	B	40	B	55	A	30	C	25	150
147	CAÑABRAVA	A	50	B	55	A	30	B	30	165

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
148	LOS ANGELES	B	40	B	55	A	30	C	25	150
149	MORROYACU	A	50	B	55	A	30	A	36	171
150	NUEVA HUANCABAMBA	A	50	B	55	A	30	B	30	165
151	PUEBLO LIBRE	B	40	B	55	A	30	B	30	155
152	SHIMPIYACU	A	50	B	55	A	30	B	30	165
153	YANTALÓ	C	35	B	55	A	30	C	25	145
	RED PICOTA									
	MR LEONCIO PRADO									
154	ALFONSO UGARTE	A	50	B	55	A	30	A	36	171
155	AYPENA	B	40	B	55	A	30	D	20	145
156	EL PORVENIR	B	40	A	65	A	30	A	36	171
157	HUAÑIPO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
158	LEONCIO PRADO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
159	LIBANO	B	40	A	65	A	30	A	36	171
160	MARISCAL CASTILLA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
161	NUEVO LORETO	A	50	A	65	A	30	A	36	181
162	SHAMBOYACU	A	50	B	55	A	30	A	36	171
163	SIMON BOLIVAR	A	50	B	55	A	30	C	25	160
164	TINGO DE PONAZA	B	40	B	55	A	30	A	36	161
165	VISTA ALEGRE	A	50	B	55	A	30	A	36	171
	MR PICOTA									
166	ALMIRANTE GRAU BOMBONAJILLO	C	35	B	55	B	25	A	36	151
167	BARRAQUITA PICOTA	C	35	B	55	B	25	C	25	140
168	CASPIZAPA	C	35	B	55	A	30	D	20	140
169	NUEVA ESPERANZA	C	35	B	55	B	25	D	20	135
170	NUEVO CONTROL	B	40	B	55	A	30	D	20	145
171	NUEVO EGIPTO	C	35	B	55	B	25	C	25	140
172	PUERTO RICO	C	35	B	55	A	30	D	20	140
173	RURAL DE PICOTA	C	35	B	55	B	25	C	25	140
174	SAN CRISTOBAL DE SISA	C	35	B	55	B	25	D	20	135
175	SANTA ROSILLO PICOTA	C	35	B	55	B	25	D	20	135
176	WINGE	C	35	B	55	B	25	D	20	135
	MR PUCACACA									
177	BUENOS AIRES	A	50	B	55	A	30	A	36	171
178	CEDRO PAMPA	C	35	B	55	C	20	B	30	140
179	MISHQUIYACU	C	35	B	55	C	20	D	20	130
180	PAUJILZAPA	A	50	B	55	A	30	B	30	165
181	PILLUANA	C	35	B	55	C	20	D	20	130

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
182	PUCACACA	C	35	B	55	C	20	B	30	140
183	STA. ROSILLO DE UPAQUIHUA	A	50	B	55	A	30	A	36	171
184	TRES UNIDOS	B	40	B	55	A	30	A	36	161
	RED RIOJA									
	MR NARANJOS									
185	AGUAS CLARAS	B	40	B	55	A	30	B	30	155
186	AGUAS VERDES	B	40	B	55	A	30	B	30	155
187	EL MIRADOR	B	40	B	55	A	30	B	30	155
188	NARANJOS	B	40	B	55	A	30	B	30	155
189	PERLA DEL MAYO	B	40	A	65	A	30	B	30	165
190	PIONEROS BAJO	B	40	B	55	A	30	B	30	155
191	SAN AGUSTIN	B	40	B	55	A	30	B	30	155
192	TUMBARO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
	MR NUEVA CAJAMARCA									
193	ATUMPLAYA	C	35	A	65	A	30	B	30	160
194	LA FLORIDA	C	35	B	55	A	30	B	30	150
195	LA UNION	C	35	B	55	A	30	D	20	140
196	MIRAFLORES	C	35	B	55	A	30	B	30	150
197	PALESTINA	C	35	B	55	A	30	D	20	140
198	PERLA DAGUAS	C	35	B	55	A	30	B	30	150
199	PERLA MAYO	A	50	B	55	A	30	C	25	160
200	RAFAEL BELAUNDE	C	35	A	65	A	30	A	36	166
201	RURAL NUEVA CAJAMARCA	C	35	B	55	A	30	D	20	140
202	SAN FERNANDO	A	50	B	55	A	30	C	25	160
203	TAHUANTINSUYO	C	35	B	55	A	30	D	20	140
204	UCRANIA	C	35	B	55	A	30	D	20	140
	MR NUEVO RIOJA									
205	LA CONQUISTA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
206	LA NACIENTE DEL RIO NEGRO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
207	LA PERLA DE CASCAYUNGA	D	30	B	55	B	25	C	25	135
208	MASHUYACU	D	30	B	55	B	25	C	25	135
209	NUEVA RIOJA	D	30	B	55	B	25	D	20	130
210	NUEVO TABALOSOS	B	40	B	55	A	30	B	30	155
211	PORVENIR	D	30	B	55	B	25	D	20	130
212	POSIC	B	40	B	55	A	30	C	25	150
213	PUERTO BAGAZAN	C	35	B	55	A	30	C	25	145
214	SANTA FE	C	35	B	55	A	30	C	25	145
215	SEGUNDA JERUSALEN	C	35	B	55	A	30	D	20	140

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
216	TAMBO	B	40	B	55	B	25	D	20	140
217	VALLE GRANDE	C	35	B	55	A	30	D	20	140
218	YORONGOS	B	40	B	55	A	30	B	30	155
219	YURACYACU	C	35	B	55	A	30	C	25	145
	MR SAN JUAN RIO SORITOR									
220	BAJO NARANJILLO	C	35	B	55	A	30	C	25	145
221	DORADA	C	35	B	55	A	30	C	25	145
222	IMPERIO DE CACHIYACU	C	35	A	65	A	30	B	30	160
223	NARANJILLO	C	35	B	55	A	30	C	25	145
224	NUEVA SANTA CRUZ	C	35	A	65	A	30	B	30	160
225	SAN CARLOS	C	35	B	55	A	30	B	30	150
226	SAN FRANCISCO ALTO MAYO	C	35	B	55	A	30	D	20	140
227	SAN JOSE DE ALTO MAYO	C	35	A	65	A	30	C	25	155
228	SAN JUAN RIO SORITOR	C	35	B	55	A	30	C	25	145
229	TUPAC AMARU	C	35	B	55	A	30	C	25	145
	RED SAN MARTIN									
	MR BARRANQUITA									
230	ASUNCION	B	40	B	55	A	30	B	30	155
231	BARRANQUITA CAYNARACHI	B	40	B	55	A	30	B	30	155
232	EL PIÑAL	A	50	A	65	A	30	B	30	175
233	HOSPITAL RURAL PAPAPLAYA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
234	NUEVO SAN JUAN	B	40	B	55	A	30	C	25	150
235	PELEJO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
236	PUERTO PIZARRO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
237	PUERTO MERCEDES	B	40	B	55	A	30	C	25	150
238	SAN ANTONIO RIO HUALLAGA	A	50	A	65	A	30	C	25	170
239	SAN JUAN RIO HUALLAGA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
240	SANANGO	A	50	A	65	A	30	C	25	170
241	SANTA CLARA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
242	SANTA ELENA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
243	SANTIAGO DE BORJA	A	50	B	55	A	30	C	25	160
	MR CAYNARACHI									
244	ALFONSO UGARTE	A	50	B	55	A	30	B	30	165
245	ALIANZA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
246	BONILLA	B	40	C	40	A	30	C	25	135
247	NUEVO LAMAS	A	50	B	55	A	30	C	25	160
248	PONGO DEL CAYNARACHI	B	40	C	40	A	30	D	20	130

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
249	SAN JUAN DE SHANUSI	A	50	B	55	A	30	C	25	160
250	SAN MIGUEL DE ACHINAMIZA	A	50	B	55	A	30	B	30	165
251	YUMBATOS	B	40	C	40	A	30	C	25	135
	MR CHAZUTA									
252	ACHINAMIZA	A	50	B	55	A	30	D	20	155
253	AGUANO MUYUNA	A	50	C	40	A	30	B	30	150
254	CALLANAYACU	A	50	B	55	A	30	C	25	160
255	CHAZUTA	A	50	C	40	A	30	B	30	150
256	CURIYACU	A	50	B	55	A	30	C	25	160
257	SANTA ROSA DE CHIPAOTA	A	50	C	40	A	30	B	30	150
258	SHILCAYO	A	50	C	40	A	30	D	20	140
259	TUNUNTUNUMBA	A	50	C	40	A	30	D	20	140
	MR CUÑUMBUQUI									
260	ALTO ANDINO	A	50	B	55	A	30	A	36	171
261	BAGAZAN	B	40	C	40	A	30	C	25	135
262	CARAÑAYACU	B	40	C	40	A	30	C	25	135
263	CUNUMBUQUE	C	35	C	40	A	30	D	20	125
264	NUEVO CELENDIN	B	40	C	40	A	30	C	25	135
265	NUEVO MUNDO	B	40	B	55	A	30	B	30	155
266	PROGRESO	B	40	B	55	A	30	A	36	161
267	SAN FERNANDO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
268	SAN JUAN DE TALLIQUIHUI	B	40	C	40	A	30	B	30	140
269	SAN RAFAEL DEL RIO MAYO	B	40	C	40	A	30	C	25	135
270	SANTA CRUZ DE SHITARAYACU	A	50	B	55	A	30	A	36	171
271	UCHUMULLACA	B	40	B	55	A	30	B	30	155
272	VISTOSO GRANDE	B	40	C	40	A	30	C	25	135
273	ZAPATERO	C	35	C	40	A	30	C	25	130
	MR HUIMBAYOC									
274	HUIMBAYOC	A	50	B	55	A	30	B	30	165
275	LECHE	A	50	B	55	A	30	B	30	165
276	MIRAFLORES	A	50	B	55	A	30	D	20	155
277	NAVARRO	A	50	B	55	A	30	D	20	155
278	PONGO ISLA	A	50	B	55	A	30	C	25	160
279	PUCALLPA	A	50	B	55	A	30	C	25	160
280	REFORMA	B	40	B	55	A	30	D	20	145
281	SAN JOSE 2 DE MAYO	A	50	B	55	A	30	C	25	160
282	SAN JOSE DE YANAYACU	A	50	A	65	A	30	B	30	175
283	SANTA MARTHA	A	50	B	55	A	30	C	25	160

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
284	SANTA ROSILLO CHIPURANA	A	50	A	65	A	30	B	30	175
285	TIPISHCA	A	50	B	55	A	30	C	25	160
286	YARINA	A	50	B	55	A	30	C	25	160
	MR JUAN GUERRA									
287	DOS DE MAYO	B	40	B	55	A	30	C	25	150
288	JUAN GUERRA	C	35	C	40	C	20	D	20	115
289	LAS FLORES DE MAMONAQUIHUA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
290	MACHUNGO	B	40	c	40	B	25	D	20	125
291	MAMONAQUIHUA	B	40	B	55	A	30	C	25	150
292	SAN CRISTOBAL DE UPAQUIHUA	B	40	B	55	A	30	B	30	155
293	SAUCE	B	40	B	55	A	30	B	30	155
294	SHAPAJA	C	35	C	40	B	25	C	25	125
295	UTCURARCA	B	40	C	40	B	25	C	25	130
296	YACUCATINA	C	35	C	40	C	20	D	20	115
297	CHURUZAPA PINTO RECODO	A	50	C	40	A	30	A	36	156
	MR TABALOSOS									
298	MISHQUIYACU PINTO RECODO	A	50	C	40	A	30	C	25	145
299	PINTO RECODO	A	50	C	40	A	30	C	25	145
300	PUCAYACU PANJUI	B	40	C	40	A	30	B	30	140
301	SAN MIGUEL DEL RIO MAYO	B	40	C	40	A	30	A	36	146
302	SHANAO	B	40	C	40	A	30	D	20	130
303	TABALOSOS	B	40	C	40	A	30	A	36	146
	MR URBANA 01									
304	BELLO HORIZONTE	D	30	C	40	B	25	C	25	120
305	DE BANDA SHILCAYO	D	30	D	35	B	25	C	25	115
306	LA UNION (SANIRARCA)	D	30	C	40	B	25	D	20	115
307	LAS PALMAS	D	30	D	35	B	25	D	20	110
308	PROGRESO KM.30	B	40	C	40	B	25	D	20	125
309	SAN FRANCISCO DEL RIO MAYO	B	40	C	40	B	25	D	20	125
310	SAN JOSE KM.34	B	40	C	40	B	25	D	20	125
311	SANTA ROSA DE CUMBAZA	D	30	C	40	B	25	D	20	115
	MR URBANA 02									
312	ATUMPAMPA	D	30	D	35	C	20	D	20	105
313	AUCALOMA	C	35	C	40	A	30	C	25	130
314	CACATACHI	C	35	C	40	B	25	C	25	125
315	CHURUZAPA	C	35	C	40	A	30	C	25	130
316	HUAYCO TARAPOTO	B	40	D	35	C	20	D	20	115
317	LAS FLORES DEL RIO MAYO	C	35	C	40	A	30	C	25	130

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
318	MACEDA	C	35	C	40	A	30	C	25	130
319	MORALES	D	30	D	35	C	20	C	25	110
320	NUEVE DE ABRIL	D	30	D	35	C	20	D	20	105
321	PACCHILLA	C	35	C	40	A	30	C	25	130
322	PUNTA DEL ESTE	D	30	D	35	C	20	D	20	105
323	RUMIZAPA	C	35	C	40	A	30	C	25	130
324	SAN ANTONIO DE CUMBAZA	C	35	C	40	B	25	C	25	125
325	SAN ANTONIO RIO MAYO	C	35	C	40	B	25	C	25	125
326	SAN PEDRO DE CUMBAZA	C	35	C	40	B	25	C	25	125
327	SAN ROQUE DE CUMBAZA	C	35	C	40	A	30	C	25	130
328	SANTA ANA DEL RIO MAYO	C	35	C	40	A	30	C	25	130
	RED TOCACHE									
	MR NUEVO PROGRESO									
329	MADRE MIA	B	40	A	65	A	30	C	25	160
330	NUEVO PORONGO	C	35	A	65	A	30	C	25	155
331	NUEVO PROGRESO	B	40	A	65	A	30	C	25	160
332	PUERTO RICO	B	40	A	65	A	30	D	20	155
333	RAMAL DE ASPUZANA	B	40	A	65	A	30	C	25	160
334	RIO UCHIZA	B	40	A	65	A	30	C	25	160
335	SANTA CRUZ	B	40	A	65	A	30	C	25	160
	MR POLVORA									
336	BAMBAMARCA	B	40	A	65	A	30	C	25	160
337	BALSA PROBANA	B	40	A	65	A	30	C	25	160
338	CEDRO	B	40	A	65	A	30	C	25	160
339	CHALLUAYACU	B	40	A	65	A	30	B	30	165
340	NUEVO HORIZONTE	B	40	A	65	A	30	B	30	165
341	NUEVO SAN MARTIN	B	40	A	65	A	30	C	25	160
342	POLVORA	B	40	A	65	A	30	C	25	160
343	PUERTO PIZANA	B	40	A	65	A	30	C	25	160
344	SANTA ROSA DE MISHOYO	B	40	A	65	A	30	A	36	171
345	TANANTA	B	40	A	65	A	30	D	20	155
	MR TOCACHE									
346	ISHANGA	C	35	A	65	A	30	D	20	150
347	NUEVA ESPERANZA	C	35	A	65	A	30	D	20	150
348	PUSHURUMBO	A	50	A	65	A	30	C	25	170
349	RURAL TOCACHE	C	35	A	65	A	30	B	30	160
350	SANTA ROSA DE SHAPAJA	C	35	A	65	A	30	D	20	150
351	SHUNTE	A	50	A	65	A	30	C	25	170

	RED / MICRORRED/ Establecimiento de Salud	Nivel de desarrollo: Ruralidad		Accesibilidad: Distancia desde Tarapoto		Quintil de pobreza		Tiempo recorrido (trabajo extramuro)		Valor total
352	YACUSISA	C	35	A	65	A	30	D	20	150
	MR UCHIZA									
353	CAJATAMBO	C	35	A	65	A	30	C	25	155
354	CRUZ PAMPA	C	35	A	65	A	30	C	25	155
355	HUICTE	C	35	A	65	A	30	C	25	155
356	PAMPAYACU	C	35	A	65	A	30	C	25	155
357	PORVENIR	C	35	A	65	A	30	C	25	155
358	SAN CRISTOBAL	C	35	A	65	A	30	C	25	155
359	SANTA LUCIA	C	35	A	65	A	30	C	25	155
360	UCHIZA	C	35	A	65	A	30	C	25	155

[i]Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, et al, and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet* 2003; **362:** 159–64.

[ii]Claeson M, Gillespie D, Mshinda H, et al, The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival.*Lancet* 2003; **362:** 323–27.

[iii]Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough.*Lancet* 2003; **362:** 233–41.
[iv]Victora C, Hanson K, Bryce J, Vaughan P. Achieving universal coverage with health interventions. The Lancet 2004; 364:1541-1548
[v] Travis P, Bennet S, Haines A, et al. Overcoming health systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. Lancet 2004; 364: 900–06
[vi] Informe Final a la Comisión Quipu (Midori de Habich). Mayo 2012.