



CTB AGENCIA BELGA
DE DESARROLLO



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud



INFORME DE RESULTADOS 2015

**“PROGRAMA DE APOYO A LA POLÍTICA DE
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL
PERÚ A TRAVÉS DEL SIS”
SISTEC**

Lima, febrero del 2016

SIGLAS	4
1 RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN	6
1.1 FORMULARIO DE INTERVENCIÓN.....	6
1.2 EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO.....	7
1.3 AUTOEVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO.....	8
1.3.1 <i>Pertinencia</i>	8
1.3.2 <i>Eficacia</i>	8
1.3.3 <i>Eficiencia</i>	9
1.3.4 <i>Sostenibilidad potencial</i>	9
1.4 CONCLUSIONES.....	9
2 RESULTADOS MONITOREO	11
2.1 DESARROLLO DEL CONTEXTO.....	11
2.1.1 <i>Contexto general</i>	11
2.1.2 <i>Contexto institucional</i>	12
2.1.3 <i>Contexto de gestión: modalidades de ejecución</i>	13
2.1.4 <i>Contexto armonización</i>	13
2.2 AVANCE HACIA EL OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
2.2.1 <i>Progreso de indicadores</i>	14
2.2.2 <i>Análisis del progreso realizado</i>	16
2.2.3 <i>Impacto potencial</i>	18
2.3 AVANCE DEL RESULTADO 1.....	19
2.3.1 <i>Progreso de indicadores</i>	19
2.3.2 <i>Progreso de actividades principales</i>	23
2.3.2 <i>Análisis del progreso realizado</i>	24
2.4 RENDIMIENTO DEL RESULTADO 2.....	26
2.4.1 <i>Progreso de indicadores</i>	26
2.4.2 <i>Progreso de actividades principales</i>	29
2.4.3 <i>Análisis del progreso realizado</i>	30
2.5 TEMAS TRANSVERSALES.....	31
2.5.1 <i>Género e Interculturalidad</i>	31
2.5.2 <i>Medio ambiente</i>	32
2.5.3 <i>Otro</i>	33
2.6 GESTIÓN DE RIESGOS.....	34
3 DIRECCIÓN Y APRENDIZAJE	35
3.1 REORIENTACIONES ESTRATÉGICAS.....	35
3.2 RECOMENDACIONES.....	35
3.3 ENSEÑANZAS APRENDIDAS.....	36
4 ANEXOS	37
4.1 CRITERIOS DE CALIDAD.....	37

4.2	DECISIONES TOMADAS POR EL COMITÉ DIRECTIVO Y SEGUIMIENTO	41
4.3	MARCO LÓGICO ACTUALIZADO	43
4.4	MORE RESULTADOS DE UN VISTAZO	45
4.5	INFORME “PRESUPUESTO FRENTE AL AÑO/MES ACTUAL”	45
4.6	RECURSOS DE COMUNICACIÓN.....	46

Siglas

Sigla	Significado
ATI	Asesor Técnico Internacional
ATN	Asesora Técnico Nacional
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CDP	Comité Directivo del Programa
CTB	Agencia Belga al Desarrollo
COSOPER	Comité de Socios Peruano. Es la cooperación entre la Dirección General de Desarrollo de Bélgica (o el estado belga) y la Agencia Peruana de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores (del Estado Peruano).
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud (Lima)
DTF	Documento Técnico y Financiero
DP	Dirección del Programa
EESS	Establecimientos de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
FUA	Ficha Única de Atención
GNF	Gerencia de Negocios y Financiamiento - SIS
GORE	Gobiernos Regionales
GREP	Gerencia de Riesgos y Evaluaciones de las Prestaciones - SIS
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
INEI	Instituto Nacional Estadística e Informática
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud
MEF	Ministerio Economía y Finanzas
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
M&E	Monitoreo y evaluación
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OGIIT	Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia - SIS

PCPP	Proceso de Control Presencial Posterior
PD	Por definir
PEI	Plan Estratégico Institucional – SIS
PESEM	Plan Estratégico Sectorial Multi anual de Salud – MINSA
POI	Plan Operativo Institucional – SIS
POA	Plan Operativo Anual
PpR	Presupuesto por Resultados – MEF
RAF	Responsable Financiero y Administrativo
SD	Sin datos
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFIN	Programa de apoyo a la política de aseguramiento universal en salud en el Perú - Apoyo Financiero
SISTEC	Programa de apoyo a la política de aseguramiento universal en salud en el Perú a través del SIS
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares – MIDIS
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TdR	Términos de Referencia
TIC	Tecnología de Información y Comunicaciones
UDR	Unidad Desconcertada Regional
UES	Unidad Ejecutora en Salud

1 Resumen de la Intervención

1.1 Formulario de intervención

Título intervención	Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud en Perú a través del SIS (SISTEC)
Código Intervención	PER 10 017 11
Lugar	Resultado 1: Perú, nivel nacional Resultado 2: Cajamarca, Huancavelica, Junín, Piura y San Martín.
Total presupuesto	13,500,000 €
Institución social	Seguro Integral de salud
Fecha inicio convenio específico	25 de octubre de 2013
Fecha inicio intervención /Apertura comité de dirección	04 de febrero de 2014
Fecha final planificada del periodo de ejecución	31 de enero del 2019
Fecha final convenio específico	24 de octubre de 2019
Grupos meta	Población en situación de pobreza de pobreza y extrema, así como población en situación de vulnerabilidad
Impact¹	El derecho de toda persona en situación de pobreza y pobreza extrema a servicios de calidad ha sido garantizado mejorando el nivel de salud de la población.
Outcome	Al 2018, la cobertura de afiliación y de beneficios del Seguro Integral de Salud ha sido extendida con garantías de calidad implementadas para hombres, mujeres, niños y niñas en situación de pobreza y extrema pobreza, según sus necesidades diferenciadas, en regiones priorizadas del país en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.
Outputs	Resultado 1: Se ha mejorado la calidad de las prestaciones de salud, principalmente con la introducción de sistemas de monitoreo y evaluación de los servicios de salud y transferencias financieras a las IPRESS, así como a través de servicios de terceros. Resultado 2: Se ha garantizado la gratuidad de la atención de los asegurados SIS, principalmente estableciendo una cultura de aseguramiento y empoderamiento de los derechos del asegurado en 05 regiones objetivo
Año cubierto por el informe	2015

¹ Impact refiere al objetivo global, Outcome refiere al objetivo específico, output refiere al resultado esperado

1.2 Ejecución del presupuesto

Código de presupuesto	Descripción de las partidas presupuestarias	PRESUPUESTO DTF 5 AÑOS (€)	2014		2015		Saldo
			€	%	€	%	€
R1	Se ha mejorado la calidad de las prestaciones de salud, principalmente con la introducción de sistemas de monitoreo y evaluación de los servicios de salud y transferencias financieras a las IPRESS, así como a través de servicios de terceros	8,515,980	611,470	7	1,803,508	60%	6,160,884
R2	Se ha garantizado la gratuidad de la atención de los asegurados SIS, principalmente estableciendo una cultura de aseguramiento y empoderamiento de los derechos del asegurado en 05 regiones objetivo.	2,900,000	15,340	1	567,567	19%	2,193,088
X	Reserva Presupuestaria	67,500	0	0	0	0	67,500
Z	Medios generales	2,016,520	459,050	23%	616,655	21%	1,000,992
REGIE		2,596,200	325,950	13%	543,916	18%	1,846,382
COGESTIÓN		10,903,800	759,910	7%	2,443,815	82%	7,576,081
TOTAL		13,500,000	1,085,860	8%	2,987,731	100%	9,422,463
CONTRAPARTIDA PERUANA		3,000,000	600,000	20%	600,000	20%	1,800,000

1.3 Autoevaluación del rendimiento

Para determinar la calificación (A, B, C, D), se refiere al anexo 4.1 Criterios de calidad.

1.3.1 Pertinencia

	Rendimiento
Pertinencia	A

El Programa SISTEC se encuentra completamente integrado en la estrategia belga y en las políticas nacionales del Sector Salud, incluyendo los ejes de la Reforma de Salud relativos al Aseguramiento Universal en Salud en el Perú. El Programa responde claramente a los objetivos estratégicos del Seguro Integral de Salud.

Además, el Acuerdo Nacional suscrito por la mayoría de los partidos políticos en octubre 2015 reitera la importancia del Aseguramiento Universal en Salud en el Perú y el rol fundamental del Seguro Integral de Salud para contribuir a la mejora del aseguramiento universal. En este sentido, el Programa SISTEC y sus intervenciones conservan toda su pertinencia.

Además, el Marco Lógico reformulado en el 2014 sigue válido. Este marco permite trabajar en el fortalecimiento del SIS para contribuir en la mejora de la calidad de la atención en salud (Resultado 1). El segundo resultado apunta a realizar un trabajo específico en cinco regiones objetivo para mejorar la cobertura y el ejercicio de los derechos de los/las asegurados/as pobres y extremadamente pobres. Estos resultados contribuyen de manera directa al Objetivo Específico del Programa SISTEC.

1.3.2 Eficacia

	Rendimiento
Eficacia	A

El Objetivo específico se alcanzará al 2018. Las actividades propuestas en el POA de 2015 se cumplieron en su mayoría. Estos avances fueron promovidos por la Dirección del Programa y supervisados por los especialistas técnicos del Programa: Especialista de Monitoreo y Evaluación, Especialista en Tecnologías de Información, Especialista de Recursos Humanos, Especialista en Comunicación, Especialista Médico y Especialista Economista. Además, el Programa SISTEC ha contratado asesores regionales para promover el trabajo al nivel de las cinco regiones de intervención (Cajamarca, Huancavelica, Junín, Piura y San Martín).

Teniendo en cuenta los avances hacia el aseguramiento universal y los debates políticos sobre el futuro papel del SIS en el Sistema de Salud Peruano; el Programa ha basado y tratado de articular en estos aspectos, las actividades incluidas en su planificación operativa 2016, para alcanzar el objetivo específico.

1.3.3 Eficiencia

	Rendimiento
Eficiencia	A

Los inputs están disponibles a tiempo y dentro del presupuesto. La mayor parte de las actividades se han logrado a tiempo, según lo planificado.

De manera general, el Programa SISTEC es considerado por sus contrapartes como un socio eficiente.

1.3.4 Sostenibilidad potencial

	Rendimiento
Sostenibilidad potencial	B

El Programa SISTEC está integrado y en constante vinculación y coordinación con las estructuras institucionales del SIS. No obstante, la sostenibilidad potencial es un desafío importante, sobre todo en un contexto de salida de la cooperación belga del Perú. El aprovechamiento de los recursos del SISTEC y su sostenibilidad en el tiempo, luego de su cierre, depende de la apropiación y el acompañamiento del SIS, en función de sus disponibilidades de recursos administrativos, así como de recursos humanos y financieros. Principalmente se debe analizar el presupuesto asignado para el funcionamiento del SIS, en vista que debe asumir nuevos retos institucionales. Se pueden implementar acciones por parte del Programa SISTEC y el socio a fin de garantizar la sostenibilidad, como por ejemplo la suscripción de convenios y/o compromisos a ser asumidos por el SIS en los siguientes años y/o al finalizar el Programa SISTEC. Es importante añadir que el Programa SISTEC está apuntando a la sostenibilidad al nivel regional a través de los gobiernos regionales.

1.4 Conclusiones

El año 2015 fue un periodo de consolidación para el Programa SISTEC:

- ✓ El Programa SISTEC ha demostrado una gran eficiencia y eficacia, logrando una ejecución financiera de 3 millones de euros. La mayoría de las actividades previstas para el 2015 han sido desarrolladas.
- ✓ El posicionamiento del Programa SISTEC es muy bueno, tanto con el socio directo SIS, como con las autoridades del sector salud. El Programa SISTEC es conocido por la mayoría de los actores como un actor importante para fortalecer el Aseguramiento Universal en Salud en el Perú. El Programa está alineado con la política nacional de salud y la Reforma de Salud. Para la planificación operativa 2016 realizada en diciembre 2015, el Programa SISTEC ha recibido asistencia por parte de la Ex Ministra de Salud, Midori de Habich a fin de integrar acciones enfocadas en la Reforma de Salud
- ✓ Para contribuir al debate sobre el papel futuro del SIS como asegurador público, el Programa SISTEC ha organizado en noviembre 2015 un simposio internacional sobre el aseguramiento universal en salud en el Perú. Dentro del marco de estas reflexiones, se está debatiendo sobre las nuevas funciones o comportamiento deseados que debería tener el SIS. El trabajo de planificación operativa 2016 del Programa SISTEC contempla estos nuevos elementos y quiere contribuir en preparar el SIS para su rol futuro.

- ✓ El Programa SISTEC ha culminado dos procesos importantes durante el 2015. El informe de inicio y la línea de base fueron aprobados por el Comité Directivo del Programa en octubre 2015.
- ✓ Durante el año 2015, el Programa ha iniciado las actividades al nivel regional para lograr los objetivos del Programa. Se ha contratado asesores regionales para las cinco regiones objetivo de Programa a fin de promover las actividades, interrelacionarse con los actores SIS regionales y otros actores del sector salud, así como buscar el adecuado posicionamiento del Programa en sus regiones.
- ✓ Se ha elaborado un plan de transversalización del género con el propósito de incluir la dimensión de género en las actividades e indicadores del Programa.
- ✓ El Programa SISTEC ha facilitado las coordinaciones entre el SIS y el INAMI de Bélgica dentro del marco del acuerdo de colaboración firmado el 26 de noviembre del 2014 por ambas instituciones. Como producto de dichas coordinaciones se prevé la visita de un experto del INAMI para el mes de enero 2016.
- ✓ En junio del 2015, se ha realizado una experiencia piloto en Rio Tambo en Junín con poblaciones amazónicas con el objetivo de proponer recomendaciones y propuestas de optimización en temas de afiliación y empoderamiento de la población amazónica.
- ✓ En relación al Fortalecimiento del SIS, se han realizado las siguientes actividades:
 - Capacitación a 295 trabajadores del SIS Central y regiones a través de 23 cursos de capacitación. Adquisición de 350 equipos de cómputo, 62 laptops, 70 switches, 118 discos duros, 63 impresoras y 7 equipos portátiles para las regiones del país y sede central.
 - Implementación y acondicionamiento de las 06 oficinas macrorregionales y UDR de las regiones objetivo.
 - Implementación y equipamiento de 10 oficinas de atención al asegurado en los establecimientos de salud seleccionados.
 - Ejecución de 51 campañas sobre difusión de derechos y deberes en centros poblados, sensibilizando a 3490 personas.
 - Encuesta Nacional de satisfacción del asegurado y percepción del prestador de salud 2015.

Directora Nacional Ada Pastor	Co-Director Internacional Olivier Grégoire

2 Resultados Monitoreo

2.1 Desarrollo del contexto

2.1.1 Contexto general

En el ámbito internacional, el 25 de setiembre de 2015, los estados miembros de las Naciones Unidas aprobaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los ODS constituyen un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad de la población mundial como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada ODS conlleva metas específicas a alcanzar en los 15 próximos años. De particular interés para el Programa son los objetivos 3, 5 y 10: respectivamente: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas” y 10 “reducir la desigualdad en y entre los países”.

El Programa SISTEC acoge los mismos compromisos, tal como lo refleja en su Marco Lógico y en su Objetivo General, adoptando los indicadores del objetivo 3 de los ODS: razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal/en la niñez y la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, así como la incorporación de los enfoques de género e interculturalidad en todas las actividades del Programa.

En el ámbito nacional, el año 2015 fue un año de transición entre las elecciones regionales que tuvieron lugar a finales del 2014, y las elecciones presidenciales que se realizarán en el mes de abril 2016. Las nuevas autoridades regionales se mantendrán durante cuatro años, lo que será beneficioso para el trabajo del SISTEC en sus regiones objetivo. A nivel del Gobierno Nacional no se han realizado cambios en el Ministerio de Salud, por lo que el Dr. Aníbal Velásquez Valdivia continúa en el cargo de Ministro de Salud desde noviembre de 2014 hasta la fecha.

Por otro lado, cabe destacar que dentro del proceso de elecciones presidenciales 2016, el 09 de octubre de 2014 se firmó el Acuerdo Nacional en Salud, documento que se encuentra actualmente vigente para las elecciones presidenciales del 2016 y reúne el conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso, con el fin de concordar políticas y lineamientos en materia sanitaria en el país, resaltando la importancia del aseguramiento universal en salud y del fortalecimiento del SIS como asegurador público. Este acuerdo fue elaborado y consensuado por las siguientes organizaciones: Gobierno (Ministerio de salud), Partidos Políticos, Organizaciones de la Sociedad Civil y otras instituciones invitadas como la Federación Médica Peruana, ESSALUD, Foro Salud, entre otros.

Finalmente, durante el Consejo de Ministros de Bélgica del 21 de mayo de 2015 se decidió se decidió retirar el Perú de la listas de los países prioritarios de la cooperación gubernamental, lo que significa que todas las actividades y desembolsos del Reino de Bélgica se deberán ejecutar antes del 30 de junio del 2019. Dentro de este marco, el Programa SISTEC realizará la sistematización de las actividades, iniciativas y experiencias más importantes del Programa a fin que los resultados obtenidos permanezcan en el tiempo.

2.1.2 Contexto institucional

El Seguro Integral de Salud (SIS) como asegurador público es un instrumento esencial de la política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), a su vez el Programa SISTEC como apoyo a la política del AUS, a través del SIS, mantiene el anclaje con el socio, puesto que sus objetivos están alineados a las políticas de la Reforma de Salud, así como a los compromisos establecidos en el último Acuerdo Nacional en Salud del 2014 que establece el fortalecimiento del SIS como seguro público a fin de avanzar hacia la seguridad social universal en salud.²

No obstante, en diciembre 2015 se produjo un cambio significativo en el presupuesto del SIS. A través de la Ley 30372 del Presupuesto 2016 se establece que para el año 2016 todas las transferencias que realice el SIS a los gobiernos regionales deberán ser aprobadas por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), vía Decreto Supremo que debe ser suscrito por el Presidente de la República. Es decir, las partidas presupuestales ya no se manejarán directamente entre el SIS y los establecimientos de salud de primer nivel, como ha sucedido a partir del año 2012, atendiendo la salud individual y colectiva de la población, y que hacen posible cumplir la disposición de extender la cobertura poblacional del SIS en materia de afiliación al régimen subsidiado según Decreto Legislativo 1164 de la Reforma en Salud.

Al introducir el artículo 37.1 en la Ley de Presupuesto 2016 se restringe la facultad del SIS -que como un seguro- pueda ejercer la función de “compra” de servicios de salud a las IPRESS de primer nivel de atención. Esta decisión traslada esta función al MEF y MINSA, pasando -del avance logrado en términos de políticas de salud- impulsando que los establecimientos de salud del primer nivel puedan dar cumplimiento a la atención de la población de acuerdo con el DL 1164³ y con un mecanismo de pago eficiente de acuerdo al logro de metas.

El artículo 37.1 establece adicionalmente que a partir del segundo trimestre del 2016, no será posible contratar personal con fondos SIS, lo cual podría afectar la prestación de servicios de salud a la población por disminución de la oferta disponible, en una condición histórica por todos conocida, que la oferta de profesionales de la salud en nuestro país tiene dificultades relacionadas con su distribución y cantidad disponible. Salud es un servicio que lo dan las personas, disminuir el gasto en ese rubro puede significar una limitante para atender las necesidades de la población.

En relación a la gestión institucional del SIS, en agosto de 2015 el Economista Julio Acosta Polo fue designado como nuevo Jefe del Seguro Integral de Salud, quien sucede en el cargo al Dr. Pedro Grillo Rojas, nombrado Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud (MINSA).

De igual forma a nivel interno del SIS también se produjeron cambios en las Gerencias y Oficinas, en el año 2015, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones (GREP) y la Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia (OGIIT) tuvieron tres Gerentes/Jefes diferentes consecutivamente. Ya desde el año 2014, el Programa SISTEC a través del Diagnóstico Organizacional del SIS identificó la falta de personal y la constante rotación del recurso humano, por lo que en el año 2015, el Programa realizó el estudio de evaluación del clima laboral del personal del SIS⁴, obteniendo como resultado que sólo el 61% de los/las trabajadores/as en el SIS se encuentran

² “Fortalecer el Seguro Integral de Salud (SIS) como seguro público para avanzar hacia la seguridad social universal en salud de manera que actúe como el gran instrumento de universalización del acceso al cuidado y atención integral de la salud, para lo cual se incrementará su financiamiento de manera significativa e irreversible.” (22/10/2015). Acta de Acuerdos y Compromisos entre Ministerio de Salud y la Federación Médica Peruana, suscrita el 9 de octubre de 2014.

³ El Decreto Legislativo 1164 establece disposiciones para la extensión de la cobertura población del SIS en materia de afiliación al régimen subsidiado.

⁴ Great Place to Work © Institute, Inc. (12/2015). Valoración del ambiente laboral. Seguro Integral de Salud

satisfechos, 25% por debajo de las 45 mejores empresas en el 2015 y 11% debajo de las mejores instituciones del estado. Sin embargo, es importante resaltar que los/las trabajadores/as del SIS (76%) se sienten orgullosos de contribuir a la salud de la población, lo que confirma el compromiso de los/las trabajadores/as a trabajar por su comunidad. Es importante destacar que el SIS ha sido seleccionado para pasar al régimen SERVIR en el 2016, lo que debería implicar una mayor estabilidad de los gerentes públicos.

En relación a la gestión del Programa SISTEC, en el mes de abril de 2015 se incorporó al equipo la Dra. Ada Pastor Goyzueta, como Directora Nacional a tiempo completo, lo cual facilita el trabajo de cogestión para la consecución de los objetivos del Programa.

2.1.3 Contexto de gestión: modalidades de ejecución

La modalidad de ejecución del Programa es la de cogestión, la cual implica la corresponsabilidad de la parte peruana y la parte belga en el diseño y los resultados así como la gestión conjunta de operaciones. El presupuesto bajo la modalidad de cogestión está administrado mancomunadamente entre la Directora Nacional y el Co-Director Internacional a través de cuentas bancarias específicas para el Programa.

Los procesos administrativos del programa se implementan, respetando los procedimientos establecidos en el "Manual de Procedimientos de Programas y Proyectos en Co Gestión entre Bélgica y Perú" y en el caso se requiera ejecutar algún proceso que no está especificado en el Manual en mención se procede a revisar y aplicar los - procedimientos establecidos por el Estado Peruano.

En la ejecución del segundo año del programa, se puede destacar la estrecha coordinación técnica y administrativa entre el Programa SISTEC y el socio SIS, siendo también un factor favorable la cercanía del local del Programa SISTEC al local del SIS central.

Para el desarrollo de las actividades a nivel regional contamos desde el 1 de diciembre de 2015 con cuatro asesores regionales, en cada región de intervención del Programa, excepto Huancavelica que se encuentra en proceso de selección para iniciar en el año 2016. Los asesores regionales son los enlaces regionales del Programa que promoverán las actividades, se interrelacionarán con los actores SIS regionales y otros actores del sector salud, así como buscarán el adecuado posicionamiento del Programa en sus regiones, siempre bajo la modalidad de cogestión.

2.1.4 Contexto armonización

El Programa SISTEC busca siempre la alineación con las estrategias internacionales y nacionales, así como del socio.

Precisamente, la línea de base aprobada en octubre de 2015 contempla los indicadores y metas de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Al nivel nacional, para la planificación de las actividades 2016 realizada entre octubre y diciembre 2015 se ha internalizado los lineamientos de la Reforma de Salud del Perú y las necesidades de los Gobiernos Regionales de las cinco regiones objetivo del Programa.

El trabajo conjunto con la otra intervención del portafolio belga, el apoyo financiero brindado por el Programa de apoyo a la política de aseguramiento universal en salud en el Perú - SISFIN, continúa en términos de diálogo relativo a diseño y mecanismos de aseguramiento en salud, así como la colaboración/sinergia entre la oferta y demanda para la población asegurada al SIS y el intercambio de información. La Dirección del Programa participa en espacios de diálogo sectorial con otros cooperantes tal como la Mesa de Salud. Asimismo, la Dirección del Programa ha tenido la oportunidad de reunirse con los principales cooperantes internacionales activos en el sector salud en el Perú, tal como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, para intercambiar experiencias y sostener un diálogo continuo. En este marco, se ha desarrollado un simposio internacional sobre el futuro del aseguramiento en salud en el Perú, con participación de expertos externos (BID, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, MEF). Este simposio ha permitido identificar las brechas institucionales y armonizar la visión sobre el rol futuro del SIS como asegurador público, tal como la gestión de riesgos, administración de fondos y siniestros, y compra de prestaciones.

Finalmente, el Programa SISTEC está impulsando consultorías para el análisis del intercambio prestacional y sus procesos de mejora así como consultorías sobre la compra que realizó el SIS a terceros (privados). En este sentido, las coordinaciones sostenidas con otros actores del sector salud (SUSALUD, MINSA) han permitido avanzar con estos temas.

2.2 Avance hacia el objetivo específico⁵



2.2.1 Progreso de indicadores

Los indicadores del programa se encuentran definidos a través de la Línea de Base del Programa SISTEC, basados en el Marco Lógico del Programa, los cuales permitirán monitorear y evaluar el avance y los resultados del Programa hasta el 2019.

* En relación a los indicadores del Objetivo Específico, se han incluido 03 nuevos indicadores (ver tabla con mención “nuevo”) que proporcionan información desagregada por condición de pobreza (pobre y no pobre) con mayor precisión en los datos, por lo tanto se desestima la clasificación por quintiles de riqueza 1 y 2 (pobreza y pobreza extrema).

Los valores de los indicadores provienen de fuentes secundarias oficiales de las Encuestas Nacionales de Hogares-ENAHO y del INEI. El año 2013 marca la línea de base de los indicadores del Objetivo General, Específico y Resultado 1. En el caso de los indicadores del Resultado 2, el año de levantamiento de la información es 2015. La razón de esta diferencia es la disponibilidad de la fuente de la encuesta de satisfacción del SIS 2015 y ENSUSALUD 2015.

El análisis del progreso de dichos indicadores se realizará en base a la última información oficial disponible de la Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO 2014, ya

⁵ Rendimiento del Outcome en plantilla original

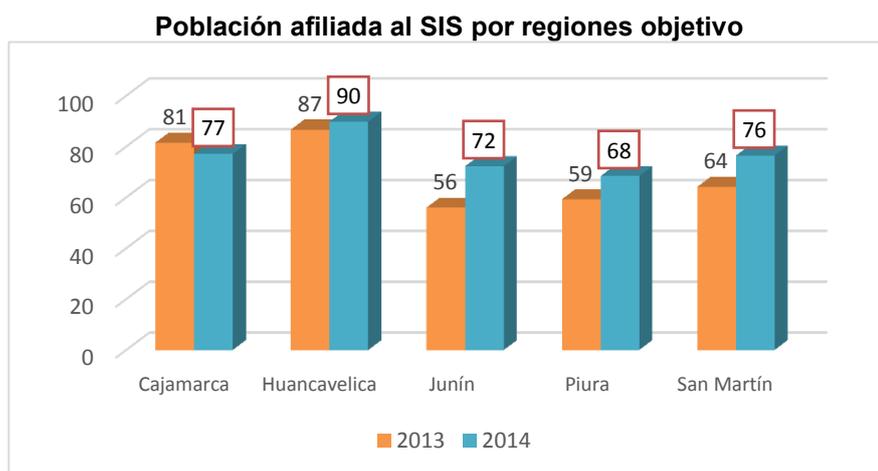
que los datos de 2015 recién se publicarán en el mes de Abril de 2016.

Resultados / indicadores	Valor Línea de base 2013	Valor Obtenido 2014	Valor Meta 2015	Valor Obtenido 2015	Valor meta final 2018
OBJETIVO ESPECÍFICO: Al 2018, la cobertura de afiliación y de beneficios del Seguro Integral de Salud ha sido extendida con garantías de calidad implementadas para hombres, mujeres, niños y niñas en situación de pobreza y extrema pobreza, según sus necesidades diferenciadas, en regiones priorizadas del país en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.					
OE1.1 Población afiliada al SIS según quintil de riqueza I	Nacional 77.6%	Sin dato, se desestiman estos indicadores. Ver explicación en página anterior 2.1.1 *			Sin dato, se desestiman estos indicadores. Ver explicación en página anterior 2.1.1 *
OE1.2 Población afiliada al SIS según quintil de riqueza II	Nacional 53.6%				
OE1.3 Población pobre afiliada al SIS (NUEVO)*	Nacional 64% Cajamarca 81% Huancavelica 87% Junín 56% Piura 59% San Martín 64%	Nacional 67% Cajamarca 77% Huancavelica 90% Junín 72% Piura 68% San Martín 76%	Nacional 69% Cajamarca 79% Huancavelica 92% Junín 74% Piura 70% San Martín 77%		Nacional 70% Cajamarca 80% Huancavelica 95% Junín 77% Piura 73% San Martín 80%
OE2.1 Gasto directo anual en salud de las familias según quintil de riqueza I	Nacional S/. 227 Cajamarca S/. 214 Huancavelica S/. 102 Junín S/. 191 Piura S/. 340 San Martín S/. 405	Sin dato, se desestiman estos indicadores. Ver explicación en página anterior 2.1.1 *		Para el año 2015 debemos esperar a que se encuentren listas las encuestas del INEI, la publicación oficial anual se realizan en el mes de abril siguiente al año de recojo. Fecha probable de información de 2015 en abril 2016	Sin dato, se desestiman estos indicadores. Ver explicación en página anterior 2.1.1 *
OE2.2 Gasto directo anual en salud de las familias según quintil de riqueza II	Nacional S/. 520 Cajamarca S/. 783 Huancavelica S/. 200 Junín S/. 527 Piura S/. 573 San Martín S/. 567				
OE2.3 Gasto de bolsillo en salud real anual de la población pobre (NUEVO)*	Nacional S/. 558 Cajamarca S/. 402 Huancavelica S/. 313 Junín S/. 421 Piura S/. 675 San Martín S/. 579	Nacional S/. 478 Cajamarca S/. 377 Huancavelica S/. 257 Junín S/. 452 Piura S/. 521 San Martín S/. 570	Nacional S/. 460 Cajamarca S/. 360 Huancavelica S/. 240 Junín S/. 432 Piura S/. 500 San Martín S/. 550		Nacional S/. 400 Cajamarca S/. 300 Huancavelica S/. 200 Junín S/. 400 Piura S/. 480 San Martín S/. 500
OE3.1 % de población afiliada al SIS que busca atención médica cuando se percibe enferma según quintil de riqueza I	Nacional 59.5% Cajamarca 51.2% Huancavelica 64.7% Junín 68.5% Piura 33.2% San Martín 41.5%	Sin dato, se desestiman estos indicadores. Ver explicación en página anterior 2.1.1 *			Sin dato, se desestiman estos indicadores. Ver explicación en página anterior 2.1.1 *
OE3.2 % de población afiliada al SIS que busca atención médica cuando se percibe enferma según quintil de riqueza II	Nacional 49.0% Cajamarca 44.9% Huancavelica 54.2% Junín 50.7% Piura 36.6% San Martín 32.6%				
OE3.3 % de población pobre afiliada al SIS que busca atención médica en EESS público cuando se percibe enferma (NUEVO)*	Nacional 60.0% Cajamarca 76% Huancavelica 86% Junín 65% Piura 64% San Martín 66%	Nacional 57% Cajamarca 71% Huancavelica 84% Junín 74% Piura 66% San Martín 57%	Nacional 59% Cajamarca 73% Huancavelica 86% Junín 76% Piura 68% San Martín 59%		Nacional 61% Cajamarca 76% Huancavelica 88% Junín 78% Piura 70% San Martín 61%

2.2.2 Análisis del progreso realizado

i. Población afiliada al SIS (indicadores OE1.1, OE1.2 y OE1.3)

De acuerdo a la última publicación de ENAHO 2014 (en Abril 2015), tal como se observa en los indicadores OE1.3, la cobertura de afiliación más alta se encuentra en las regiones de Huancavelica 90%, Cajamarca 77%. Sin embargo el mayor incremento de la cobertura en el 2014 se ha presentado en Junín, San Martín y Piura.



Fuente: INEI - ENAHO 2014. Elaboración: SISTEC

ii. Gasto de bolsillo en salud (Indicadores OE2.1, OE2.2 y OE2.3)

De acuerdo al marco conceptual de los gastos de bolsillo en salud (GBS)⁶, los eventos inesperados en la salud pueden tener consecuencias “catastróficas” en los niveles de pobreza y vulnerabilidad de los hogares. No obstante, estas consecuencias podrían limitarse a través del acceso a seguros de salud⁷. En ese sentido, los seguros de salud como el SIS tienen una importancia fundamental dentro del sistema de protección social en la medida que puede prevenir el empobrecimiento de la población frente a gastos catastróficos.

El gasto de bolsillo debiera ser el resultado directamente inverso a la protección financiera del Seguro Integral de Salud, cuando el sistema de aseguramiento funciona adecuadamente. Es decir, mientras la cobertura y atenciones gratuitas en salud para poblaciones objetivo se cumpla, menor gasto de bolsillo debería presentarse en las poblaciones. Por lo tanto el Programa SISTEC, impulsará las acciones de supervisión de las prestaciones de salud a efectos de disminuir los gastos de la población en salud.

El análisis del gasto de bolsillo en salud se presenta en términos reales de modo que la comparación entre regiones se pueda utilizar para comparar regiones y años, por lo que se debe deflactar el gasto de forma espacial (Lima Metropolitana) y temporal (Año 2014).

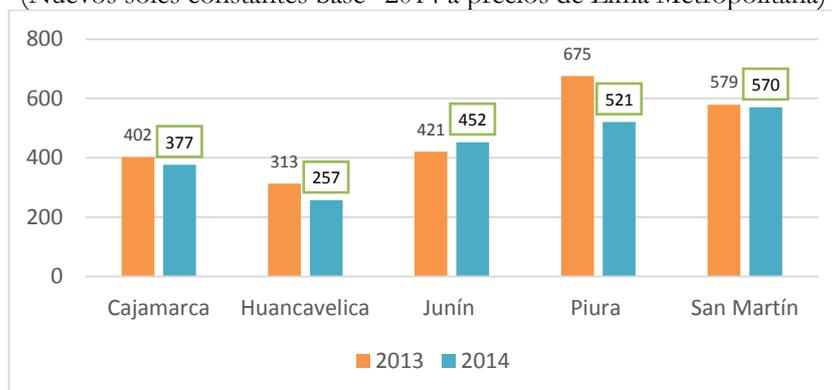
⁶ Abdul y otros (2008), “Catastrophic Health Expenditure and Household Well-Being.” Institute of Health Economics and Management (IEMS), Working Paper N° 08-03

⁷ Knaul F. y otros (2006), “Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico.” The Lancet 368 (9549), 1828-1841.
Outcome del rendimiento en formato original

A continuación se presenta la evolución de los GBS por región objetivo, de acuerdo a la última publicación de ENAHO 2014 (en Abril 2015):

Gasto de bolsillo en salud anual de la población pobre 2014 según región

(Nuevos soles constantes base=2014 a precios de Lima Metropolitana)



Fuente: INEI - ENAHO 2014. Elaboración: SISTEC

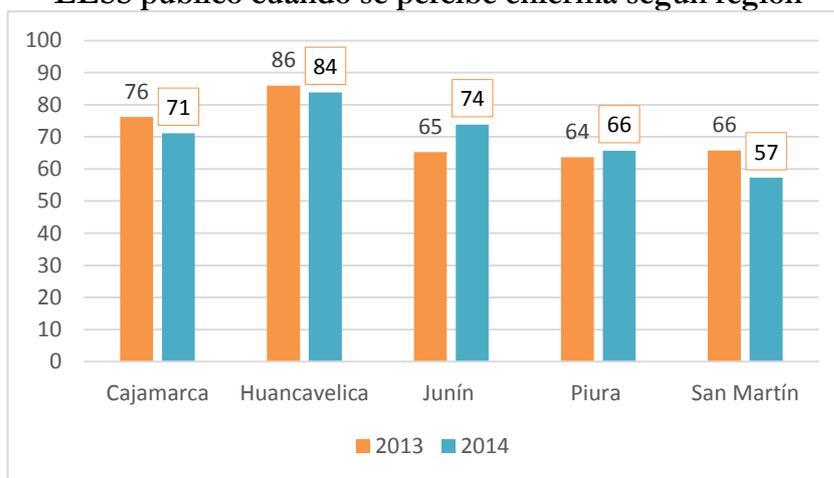
iii. Atención recibida en establecimientos de salud (Indicadores OE3.1, OE3.2 y OE3.3)

Para analizar el uso de los servicios de salud por los/as asegurados/as a través del Seguro Integral de Salud, interesa saber si la población acudió a un EE.SS⁸ para atenderse cuando se percibió enferma. De acuerdo al siguiente gráfico se puede observar que la población pobre que buscó atención cuando se percibió enferma en las regiones objetivo en el año 2014, de acuerdo a la última publicación de ENAHO 2014 (Abril 2015), ha disminuido en Cajamarca, Huancavelica y San Martín, caso contrario sucede en Junín y Piura, los cuales han incrementado en 9pp y 2pp respectivamente. Esta creciente podría asociarse al incremento en la cobertura de afiliación en ambas regiones. La baja en la atención en Cajamarca, Huancavelica y San Martín puede deberse a varios Motivos⁹, el más frecuente en estas tres regiones es por 1/Motivos personales: con 76, 80 y 70% respectivamente personas que no acudieron a un EESS por motivos personales.

⁸ Se considera como EE.SS. a los puestos, centros de salud y hospitales del MINSALUD; a los centros o puestos de salud CLAS; a los hospitales de las Fuerzas Armadas y/o Policía Nacional; y las clínicas particulares. Porcentaje condicionado a la proporción que buscó atención cuando se percibió enferma.

⁹ 1/Motivos personales: poca gravedad de la enfermedad o accidente, preferencia por remedios caseros, automedicación y falta de tiempo. 2/Motivos relacionados al servicio: lejanía del EE.SS., demora en la atención, desconfianza en los médicos y maltrato del personal de salud. 3/Motivos económicos: falta de dinero y de un seguro de salud

Población pobre afiliada al SIS que busca atención médica en EESS público cuando se percibe enferma según región



Fuente: INEI - ENAHO 2014. Elaboración: SISTEC

2.2.3 Impacto potencial

Un Seguro Integral de Salud fortalecido (objetivo específico) no es la única institución que puede tener un impacto positivo sobre la salud y el derecho de la salud de las poblaciones pobre y extremadamente pobres (objetivo general). La Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud, los Gobiernos regionales, el Ministerio de Economía y Finanzas y sobre todo los ciudadanos son actores claves para mejorar el nivel de salud de la población. En este sentido, trabajar de manera articulada con estos actores es el único camino para el Programa SISTEC y el Seguro Integral de Salud, y para alcanzar el Objetivo General.

No obstante, la literatura científica¹⁰ muestra que existe una relación positiva entre aseguramiento universal y mejoras en la salud de las poblaciones. Esto significa que el Programa SISTEC, fortaleciendo el Seguro Integral de Salud en todos sus componentes (recursos humanos, informático, etc.) debería tener un impacto potencial sobre el Objetivo General “*El derecho de toda persona en situación de pobreza y pobreza extrema a servicios de salud de calidad ha sido garantizado mejorando el nivel de salud de la población*”. Podemos afirmar que la lógica de la intervención sigue siendo válida.

¹⁰ Por ejemplo: Moreno R. et al., 2012, Does progress towards universal health coverage improve population health?, The Lancet, Vol 380, p. 922.

2.3 Avance del Resultado 1¹¹



2.3.1 Progreso de indicadores

Indicadores	Valor base 2013	Valor meta 2015	Valor obtenido 2015	Vmeta final 2018
R1 Se ha mejorado la calidad de las prestaciones de salud, principalmente con la introducción de sistemas de monitoreo y evaluación de los servicios de salud y transferencias financieras a las IPRESS, así como a través de servicios de terceros				
R1.1 % de Prestaciones revisadas por el Proceso de Control Presencial Posterior – PCPP	Nacional 0.3% Cajamarca 0.20% Huancavelica 0.20% Junín 0.60% Piura 0.40% San Martín 0.30%	Nacional 0.5% Cajamarca 0.40% Huancavelica 0.40% Junín 0.70% Piura 0.60% San Martín 0.50%	Nacional 0.21% Cajamarca 0.12% Huancavelica 0.19% Junín 0.27% Piura 0.23% San Martín 0.22%	Nacional 1% Cajamarca 1% Huancavelica 1% Junín 1% Piura 1% San Martín 1%
R1.2 % de Prestaciones observadas entre las revisadas por el PCPP	Nacional 43.2% Cajamarca 42.0% Huancavelica 38.3% Junín 40.8% Piura 66.4% San Martín 44.7%	Nacional 40.0% Cajamarca 39.0% Huancavelica 35.0% Junín 37.0% Piura 60.0% San Martín 40.0%	Nacional 45.17% Cajamarca 42.61% Huancavelica 40.01% Junín 57.46% Piura 53.67% San Martín 75.17%	Nacional 30% Cajamarca 30% Huancavelica 30% Junín 30% Piura 30% San Martín 30%
R1.3 % de establecimientos de salud de nivel de atención I evaluados por PCPP	Nacional 22.4% Cajamarca 20.0 Huancavelica 20.4 Junín 36.9 Piura 27.8 San Martín 17.5	Nacional 23.0% Cajamarca 21.0 Huancavelica 22.0 Junín 37 Piura 29 San Martín 20	No contamos con los datos aún por OGTI	Nacional 25.0% Cajamarca 23.0 Huancavelica 23.4 Junín 39.9 Piura 31.8 San Martín 30.5
R1.4 % de recomendaciones implementadas por las UES en base a las supervisiones financieras efectuadas por las UDR	39.5% 358 obs implem. Total 906	Nacional 45% Cajamarca 15% Huancavelica 13% Junín 20% Piura 65% San Martín 15%	Nacional 14.77% Cajamarca 12.9% Huancavelica 10.7% Junín 18.2% Piura 64.8% San Martín 13.8%	Nacional 50% Cajamarca 40% Huancavelica 40% Junín 40% Piura 70% San Martín 45%

OGTI: Oficina general de tecnologías de información SIS

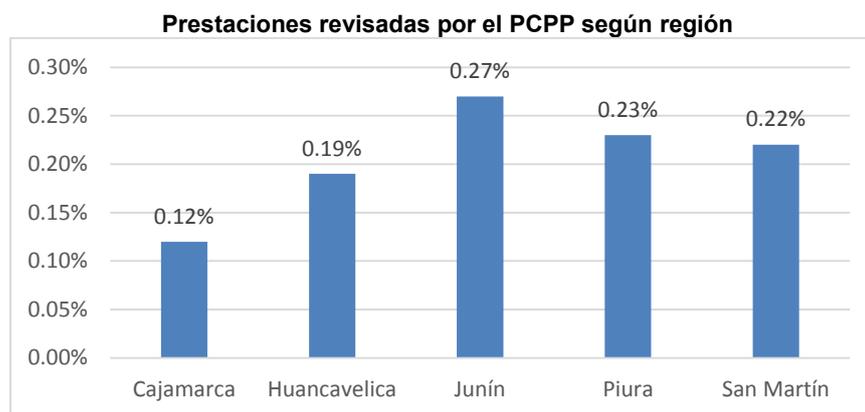
i. Prestaciones revisadas por el Proceso de Control Presencial Posterior - PCPP

El Proceso de Control Presencial Posterior es una de las estrategias presenciales que utiliza actualmente el Seguro Integral de Salud para asegurar la calidad del registro y de la calidad de atención. Según las bases de datos del SIS 2015, a través del PCPP, los supervisores médicos del SIS revisan en forma presencial el 0.21% de las Fichas Únicas de Atención (FUA) a nivel nacional, con variación regional. Entre las cinco regiones objetivo del Programa, Junín tiene la más alta tasa de prestaciones revisadas mediante el

¹¹ Rendimiento del Resultado en plantilla original

PCPP (0.27%). La cobertura de prestaciones revisadas mediante PCPP depende del número de supervisores médicos que trabaja en las UDR, actualmente es un número insuficiente de personas para alcanzar los niveles deseables.

Es preciso establecer nuevas formas de supervisión de la calidad, debido a que para el PCPP se necesitaría una cantidad importante de recursos humanos, de los que el Seguro Integral de Salud aún no dispone. Además, es necesario incentivar la calidad con estrategias diferentes a la supervisión, desde el financiamiento de las prestaciones. Estos son retos del Seguro Integral de Salud y, por ende, del Programa SISTEC. Por tal motivo el Programa en la planificación operativa del año 2016 ha incluido estudios que permitan desarrollar otras estrategias de control de calidad de las prestaciones de salud.



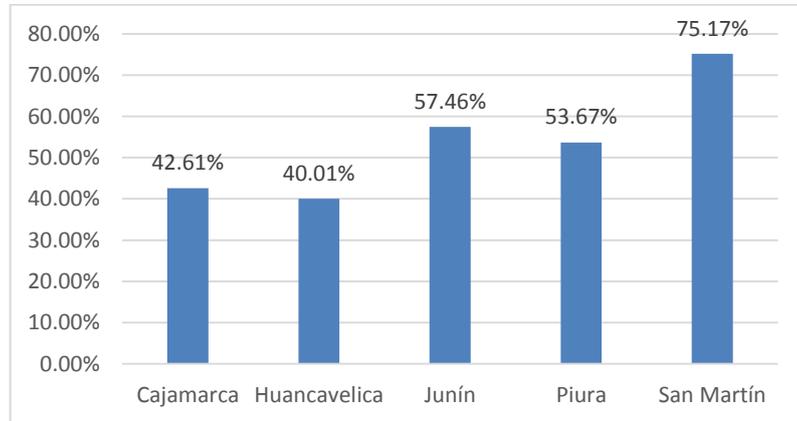
Fuente: SIS – OGTI 2015. Elaboración: SISTEC

ii. Prestaciones observadas entre las revisadas por el PCPP

Representa la proporción de prestaciones observadas, del total de prestaciones revisadas por el PCPP, durante el periodo de producción de un año. Según las bases de datos del SIS, supervisores médicos del SIS observan en forma presencial y mediante informe escrito el 45.17% de los FUA a nivel nacional, con variación regional. Entre las cinco regiones objetivo del Programa, San Martín tiene el mayor porcentaje de prestaciones observadas mediante el PCPP (75.17%) y el menor porcentaje en Huancavelica con 40.01%. Este resultado sugiere un problema en la calidad de las prestaciones y/o en la calidad del llenado de los FUA en algunas regiones.

De igual forma que el indicador anterior, es necesario incentivar la calidad con estrategias diferentes al cotejo del llenado y/o registro de los FUA, a fin de influenciar de manera sustancial en la calidad de las prestaciones de salud.

Prestaciones observadas entre las revisadas por el PCPP según región

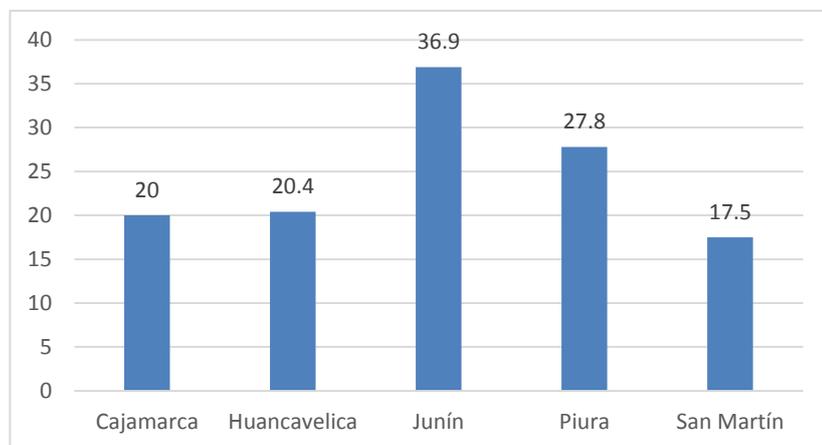


Fuente: SIS – OGTI 2015. Elaboración: SISTEC

iii. Establecimientos de salud de nivel de atención I evaluados por PCPP

Las revisiones presenciales a través del PCPP tienen una cobertura a nivel nacional del 22.4% de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención, cuando la meta establecida por el SIS en la normatividad del PCPP es entre 30% y 50% de los establecimientos del primer nivel de atención, según región, que deben ser objeto de visitas de supervisores médicos. Esta información confirma lo mencionado anteriormente sobre la falta de supervisores médicos en las cinco regiones objetivo del Programa SISTEC. Se deben establecer nuevas formas de supervisión de la calidad, debido que a través del PCPP se necesitaría una cantidad extraordinaria de recursos humanos, de los que el Seguro Integral de Salud no dispone.

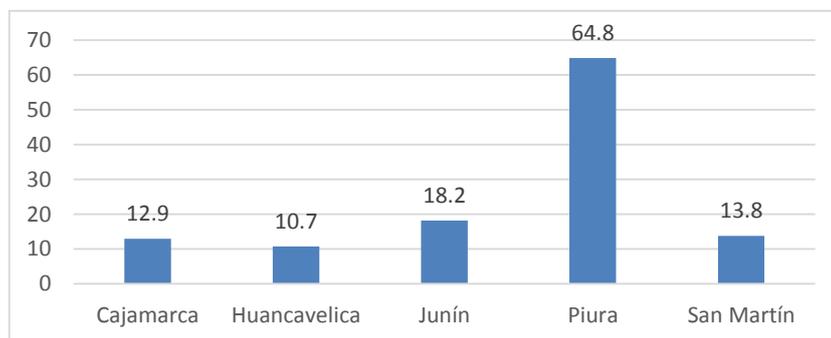
Establecimientos de salud de nivel de atención I evaluados por PCPP según región



Fuente: SIS – OGTI 2014 . Elaboración: SISTEC

iv. Recomendaciones implementadas por las UES en base a las supervisiones financieras efectuadas por las UDR

Las supervisiones financieras tienen como objetivo orientar e inducir a las unidades ejecutoras a utilizar de forma eficiente el financiamiento recibido del Seguro Integral de Salud, en el marco de la normatividad vigente, para la atención de los/las asegurados/as. El bajo nivel de implementación de recomendaciones por parte de la Unidades Ejecutoras a nivel nacional (14.77) se puede asociar a la novedad de este importante proceso de control, que recién desde el 2014 se cuenta con personal de supervisión financiera a nivel regional. Asimismo, es importante resaltar que la directiva vigente entro a regir este proceso a partir del 1 de octubre del 2015, esta directiva contiene los aspectos relevantes de la revisión sin embargo, no se ha podido evidenciar que existan criterios claros y específicos para la asignación de observaciones lo que podría dificultar la implementación de medidas correctivas y de manera sucesiva, afecta al correcto registro y cálculo de indicadores como el presente.



Fuente: SIS – GNF 2015 . **Elaboración:** SISTEC

2.3.2 Progreso de actividades principales

Progreso de actividades <u>principales</u> ¹²	Progreso:			
	A	B	C	D
1. <u>Fortalecimiento del componente comunicación del SIS</u> <ul style="list-style-type: none"> Manual de lineamientos gráficos, Materiales comunicacionales y promocionales del SIS Banco de fotos 		X		
2. <u>Fortalecimiento del componente de recursos humanos del SIS</u> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de necesidades de capacitación Estudio de clima laboral Video de inducción del SIS, plataforma e-learning Fortalecimiento de capacidades para el óptimo desempeño de sus funciones (23 capacitaciones y 295 personas capacitadas) 		X		
3. <u>Fortalecimiento del componente Planificación, control de gasto y supervisión de prestaciones</u> <ul style="list-style-type: none"> Diseño y Modelamiento de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 		X		
4. <u>Fortalecimiento del componente de tecnologías de información del SIS</u> <ul style="list-style-type: none"> Plan Estratégico de Tecnología de Información PETI Inventario de Objetos de Bases de Datos del SIS a migrar UTM - Unified Threat Management - Gestión Unificada de Amenazas Adquisición de equipos portátiles para Soporte Remoto Adquisición de switches 		X		
5. <u>Otras actividades del Programa</u> <ul style="list-style-type: none"> Simposio Internacional de Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud en el Perú. Desarrollo de encuestas a nivel nacional para medir el grado de satisfacción de los/las asegurados/as y el desempeño del/la prestador/a Desarrollo y publicación de la línea de base del programa 		X		
6. <u>Fortalecimiento del componente del componente Planificación, control de gasto y supervisión de prestaciones</u> <ul style="list-style-type: none"> Estudio de evaluación de la producción de las atenciones preventivas y recuperativas Diseño e implementación de los procesos del sistema de inteligencia en salud con enfoque de riesgo en las 05 Regiones objetivo. Evaluación de los Resultados con enfoque de riesgo de la experiencia de intercambio prestacional Diseño e implementación de metodología y herramienta para medir la capacidad de oferta instalada y frontera máxima de producción en IPRESS Estudio sobre el costo total de las prestaciones para facilitar la contratación de servicios a terceros en los EESS de 3er nivel 			X	
7. <u>Fortalecimiento del componente de tecnologías de información del SIS</u>			X	

¹² A: Las actividades van con anticipación a lo previsto
 B: Las actividades van según lo previsto
 C: Las actividades van con retraso, las medidas correctivas son necesarias.
 D: Las actividades van con demasiado retraso (más de 6 meses). Se necesitan medidas correctivas importantes.

<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de ISE CISCO • Rediseño de portal web del SIS • Diseño, construcción e implementación de los procesos automatizados de explotación de información (Inteligencia de Negocios y Estadística) 				
8. <u>Otras actividades del Programa:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Situacional del Programa SISTEC en las regiones objetivo Cajamarca, Junín, Huancavelica, Piura y San Martín 			X	

Las actividades con calificación C han iniciado en el 2015, pero continuarán su ejecución en el año 2016

2.3.3 Análisis del progreso realizado

Las actividades realizadas en el segundo año, corresponden al POA 2015 del Programa SISTEC que fue establecido en base a documentos de formulación del Programa, Marco Lógico, así como la validación participativa con los actores claves del Programa. La elaboración del POA comprende los desafíos y recientes desarrollos del Sector Salud en el Perú para alinear su rol de apoyo a la política del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) al contexto general e institucional dentro del cual se ejecutaran las actividades del Programa en el año 2015. Las actividades ejecutadas (calificación B) y/o las actividades reprogramadas para el siguiente año (calificación C), nos permitirán lograr los siguientes resultados:

1) Fortalecimiento del componente comunicación del SIS

Contribuir a la mejora de los servicios de salud de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, a través del apoyo técnico y financiero para campañas comunicacionales, publicación de notas informativas en medios masivos, asesoría comunicacional en la elaboración de materiales de mercadeo, entre otros.

Durante el año 2015 y con el objetivo de brindar al Seguro Integral de Salud lineamientos y herramientas para dar una comunicación más eficiente y clara a sus asegurados y aseguradas, se construyó el Manual de Lineamientos Gráficos del SIS para elaboración de materiales comunicacionales y promocionales. Asimismo, se trabajó en un banco fotográfico que reúne fotos de personas provenientes de las diferentes regiones geográficas del país, en la realización de sus actividades diarias y atendándose en servicios de salud, incorporando criterios de equidad de género e interculturalidad.

2) Fortalecimiento del componente de recursos humanos del SIS

Facilitar la implementación de un sistema integrado de Gestión de Recursos Humanos, que contribuyan a la mejora de la calidad del desempeño de los profesionales del SIS dotándoles de herramientas para la mejora en el desarrollo de sus funciones y por lo tanto en una mejor calidad en la atención de los/as asegurados/as.

Durante el año 2015 y con el objetivo de fortalecer las capacidades del personal se realizaron 23 capacitaciones y 295 trabajadores del SIS. Asimismo, se realizó el estudio de clima laboral con el objetivo de analizar la percepción de los colaboradores y/o trabajadores del Seguro Integral de Salud, así como el Diseño e implementación de una Learning Management System (LMS) o Sistema de Gestión de Aprendizaje (plataforma eLearning), que permitirá el acceso a

actividades de capacitación e inducción a la totalidad de recursos humanos del SIS y sus contrapartes.

3) Fortalecimiento del componente Planificación, control de gasto y supervisión de prestaciones

Dotar a la institución de herramientas, metodologías, normatividad o sistemas para mejorar la calidad de los servicios y de la ejecución de los recursos distribuidos a nivel nacional, por macrorregión y UDR.

En el año 2015 se llevó a cabo la consultoría: Diseño y Modelamiento de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias a fin de establecer la estructura organizacional de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del SIS, y que a su vez, se brinde capacitación sobre Toma de Decisiones y Cobertura de Prestaciones en Salud basadas en Evaluaciones Económicas en el marco de las Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias.

4) En Tecnología de información

Enfocar la imagen del SIS, hacia una imagen moderna e innovadora, con gran visión tecnológica para el soporte del cumplimiento del rol de asegurador público. Lograr un mejor servicio al/la asegurado/a y en especial en las regiones objetivo del Programa SISTEC, además de contribuir con información de calidad y oportuna para la toma de decisiones.

Durante el año 2015 se tuvo los siguientes avances: Inventario de Objetos de Bases de Datos del SIS a fin de optimizar los tiempos de respuesta de procesos de información, UTM - Unified Threat Management - Gestión Unificada de Amenazas con el objeto de brindar seguridad a la información producida por el SIS, adquisición de 07 equipos portátiles para Soporte Remoto y la adquisición de 70 switches a fin de fortalecer la infraestructura de cómputo y de comunicaciones del SIS central y de las regiones.

5) Otras actividades del Programa

En el 2015 se realizó la Encuesta Nacional de Satisfacción del SIS con el objetivo de conocer la percepción y satisfacción del asegurado del SIS gratuito sobre los servicios de salud que reciben en los establecimientos de salud a nivel nacional y regional, así como analizar la percepción de prestadores de salud: los jefes de la unidad de seguros, profesionales de salud asistencial (médico, enfermera, obstetra) e informáticos de la unidad de seguros. En relación a los asegurados, los resultados más importantes muestran el impacto generado por el SIS en los asegurados, entre ellos reconocen que el SIS “contribuye a que tenga una mejor calidad de vida” (93,4%), “ha significado una mejora en su salud y en la de su familia” (94,2%), “tiene más acceso a los servicios de salud” (90,0%) y “se sienten más seguros en caso ocurra alguna emergencia con su familia” (94,0%).

En el mes de noviembre de 2015 se desarrolló el simposio internacional sobre el futuro del aseguramiento en salud en el Perú, con participación de expertos externos (BID, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, MEF). Este simposio ha permitido identificar las brechas institucionales y armonizar la visión sobre el rol futuro del SIS como asegurador público, tal como la gestión de riesgos, administración de fondos y siniestros, y compra de prestaciones.

En relación con las actividades de fortalecimiento 6,7 y 8 con calificación “C”, el retraso

esta debido mayormente a demoras administrativas. Por la duración del Programa, estos retrasos no afectan el rendimiento general del resultado 1.

2.4 Rendimiento del Resultado 2



2.4.1 Progreso de indicadores

Indicadores	Valor base 2015 *	Vmeta final 2018
R.2 Se ha garantizado la gratuidad de la atención de los asegurados SIS, principalmente estableciendo una cultura de aseguramiento y empoderamiento de los derechos del asegurado en cinco regiones objetivo.		
R.2.1 % de personas aseguradas al Seguro Integral de Salud que identifican al menos tres derechos otorgados por el aseguramiento al SIS	Cajamarca 49.0% Huancavelica 49.4% Junín 23.5% Piura 41.8% San Martín 51.8%	Cajamarca 60.7% Huancavelica 61.03% Junín 41.1% Piura 55.2% San Martín 62.9%
R.2.2 % de personas aseguradas al SIS que identifican uno o más canales para presentar sus reclamos	Cajamarca 55.7% Huancavelica 78.8% Junín 84.7% Piura 77.9% San Martín 71.8%	Cajamarca 65.9% Huancavelica 83.7% Junín 88.2% Piura 83% San Martín 78.3%
R2.3 % de personas aseguradas al SIS que presentaron un reclamo en los seis últimos meses y creen que le han solucionado el problema que motivó el reclamo	Sin datos. Hay data levantada pero no es representativa porque el público entrevistado fueron los que tuvieron atención en la Unidad de Seguros, la idea es que se amplíe esta pregunta al público en general que asistió al EESS. Debemos coordinar con SUSALUD para ampliar al público en general que asiste al EESS	

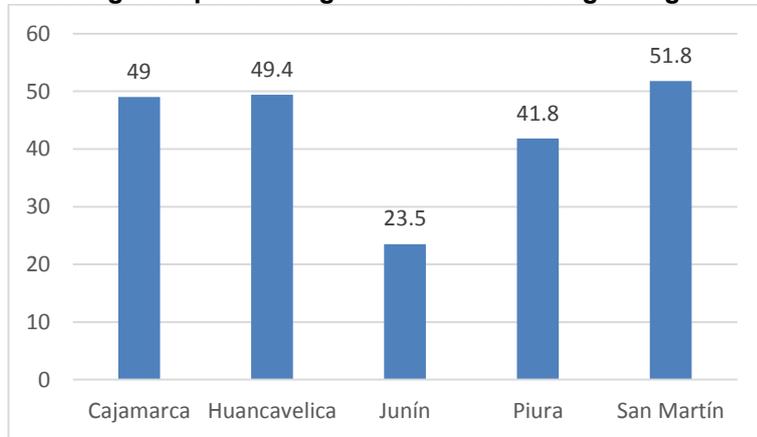
* La línea de base para estos indicadores es el año 2015, por lo tanto no se cuenta con una meta para este año 2015.

i. **Personas aseguradas al Seguro Integral de Salud que identifican al menos tres derechos otorgados por el aseguramiento al SIS (Indicador R2.1)**

El indicador mide el nivel de conocimiento de derechos en salud por la población asegurada al SIS en el 2015. Los resultados demuestran que en Cajamarca, Huancavelica y San Martín, aproximadamente, una persona de cada dos puede identificar tres o más derechos en salud que le otorga el SIS. Esta cifra baja a alrededor de dos personas sobre cinco en Piura y a menos de una persona sobre cuatro en Junín, departamento que representa el mayor desafío para este indicador.

A nivel general, de las cinco regiones objetivo, únicamente el departamento de San Martín presenta datos que pasan ligeramente la barra del 50%. Trabajar sobre el conocimiento de derechos en salud por parte de las personas deberá ser un enfoque mayor del Programa SISTEC.

Personas aseguradas al SIS que identifican al menos tres derechos otorgados por el aseguramiento al SIS según región

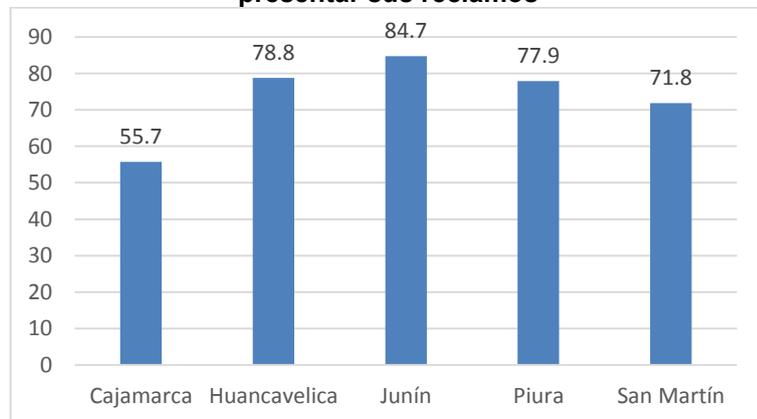


Fuente: IMASEN – Encuesta Nacional de Satisfacción SIS 2015
Elaboración: SISTEC

ii. Personas aseguradas al SIS que identifican uno o más canales para presentar sus reclamos (Indicador R.2.2)

En el 2015, el conocimiento de canales de reclamo por parte de la población en las cinco regiones objetivo se encuentra por encima del 50% en todas las regiones. Este valor alcanza el 84.7% en Junín,, y Cajamarca, con el 55.7%, es el departamento con la menor proporción de personas que identifican por lo menos un canal de reclamos.

Personas aseguradas al SIS que identifican uno o más canales para presentar sus reclamos



Fuente: INEI-SUSALUD – Encuesta Nacional de Satisfacción SUSALUD
Elaboración: SISTEC

iii. Personas aseguradas al SIS que presentaron un reclamo en los seis últimos meses y creen que les han solucionado el problema que motivó el reclamo (Indicador R.2.3)

El presente indicador concluye de forma lógica y oportuna la medición de

empoderamiento en salud de la población. Efectivamente, este indicador mide la proporción de personas aseguradas al SIS que habiendo presentado un reclamo creen que su problema ha sido solucionado. Sin embargo, si bien el indicador existe en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios/as en Salud 2015, la cantidad de personas encuestadas es demasiado reducida como para realizar conclusiones. Por lo tanto, el Programa no cuenta con datos que puedan ser analizados para medir este indicador, tampoco a nivel del SIS, ya que El SIS cuenta con información de reclamos pero en menor cantidad y no representativa para sacar conclusiones, debido a que el usuario prefiere hacer el reclamo en el mismo EESS y no trasladarse hasta la UDR. Es por ello también que se han instalado oficinas de atención al usuario del SIS en los EESS. La alternativa de solución para contar con estos datos es solicitar a SUSALUD-INEI quienes ejecutan esta encuesta, la incorporación de esta pregunta para todos los/as encuestados/as asegurados/as al SIS y no solamente al grupo de personas que fueron atendidas en la oficina de la unidad de seguros.

2.4.2 Progreso de actividades principales

Progreso de actividades principales ¹³	Progreso:			
	A	B	C	D
1. <u>Fortalecimiento del SIS a través de la implementación de 10 módulos de atención en establecimientos de salud de mayor afluencia en regiones-objetivo</u> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento de módulos • Adquisición de equipos de cómputo e impresoras • Adquisición de mobiliario y equipos • Contratación de personal 		X		
2. <u>Fortalecimiento del SIS a través de la implementación y acondicionamiento de las UDR y MR</u> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento de oficinas • Adquisición de mobiliario 		X		
3. <u>Empoderamiento y cultura de aseguramiento</u> <ul style="list-style-type: none"> • Producción de materiales de merchandising para asegurados/as (gorras, tasas, calendarios, chalinas, mochilas, cuadernos, etc • Taller de intercambio de experiencias para los profesionales de atención del asegurado/a • Adquisición de implementos para visitas de campo: autoparlantes, carpas, sillas, carteles, módulos, indumentaria • Recursos para campanas de afiliación a poblaciones vulnerables identificadas (alquiler de servicio de transporte, viáticos de personal) • Experiencia piloto en distrito Rio Tambo para salud de pueblos indígenas 		X		
4. <u>Otras actividades del Programa:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de incorporación del enfoque de género en las actividades del Programa, incluyendo un diagnóstico • Contratar personal SISTEC para garantizar el cumplimiento de los objetivos del programa en las regiones (asesores regionales) 		X		
5. <u>Empoderamiento y cultura de aseguramiento</u> <ul style="list-style-type: none"> • Difusión en medios masivos y alternativos: spots radiales, videos, prensa, carros recolectores, plazas, mercados, • Traducción de textos a lengua y cultura local • Definición y distribución de contenido según canal de comunicación / instrumento de difusión • Plan estratégico de comunicaciones sobre derecho a la salud, cobertura, planes y gratuidad del SIS en las regiones objetivo 			X	
6. <u>Fortalecimiento del componente de tecnologías de información del SIS</u> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación automática con el DNI y/o huellero en 			X	

¹³ A: Las actividades van con anticipación a lo previsto
 B: Las actividades van según lo previsto
 C: Las actividades van con retraso, las medidas correctivas son necesarias.
 D: Las actividades van con demasiado retraso (más de 6 meses). Se necesitan medidas correctivas importantes.

<p>hospitales donde están los módulos de atención a los afiliados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compra de equipos informáticos: laptop, impresora móvil y acceso a internet móvil de mayor cobertura para apoyo a campañas de afiliación, supervisión financiera y supervisión médica en las UDR • Implementar sistema de tableros de mando para monitorear la evolución de indicadores en una región piloto • Adquisición de UPS para las UDR de regiones objetivo • Implementar piloto para optimizar registro de FUA en regiones –objetivo 				
<p>7. <u>Otras actividades del Programa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación del plan de incorporación del enfoque de género 			X	

Las actividades con calificación C no iniciaron en el 2015, pero serán reformuladas para su ejecución en el año 2016

2.4.3 Análisis del progreso realizado

Las actividades realizadas en el segundo año, corresponden al POA 2015 del programa SISTEC, así como la validación participativa con los actores claves del Programa a nivel regional. Las actividades ejecutadas (calificación B) y/o las actividades reprogramadas para el siguiente año (calificación C), forman parte del inicio del trabajo en las regiones y de esta forma nos permitirá contribuir a la reducción de las brechas de calidad de las prestaciones de salud, según las necesidades identificadas y diferenciadas de la población asegurada en las regiones. El logro de las actividades planteadas nos conduce directamente a alcanzar el resultado 2: *Garantizar la gratuidad de la atención de los asegurados SIS, principalmente estableciendo una cultura de aseguramiento y empoderamiento de los derechos del asegurado en cinco regiones objetivo.*

Con el apoyo de los asesores regionales se desea incrementar el número de actividades en este resultado a fin de empoderar y mejorar la cultura de aseguramiento de la población asegurada con el fin de que el/la asegurado/a ejerza sus deberes y derechos en salud.

- 1) Fortalecimiento del SIS a través de la implementación de 10 módulos de atención en establecimientos de salud de mayor afluencia en regiones-objetivo

A finales del 2015, en el marco del Programa SISTEC, se implementaron 10 módulos de atención para los y las aseguradas del Seguro Integral de Salud – SIS, en hospitales de gran afluencia del país. El objetivo de estas oficinas es brindar orientación a los usuarios y usuarias del SIS sobre sus derechos en salud, así como brindar las herramientas para evitar que sus derechos sean vulnerados. Durante su primer mes de funcionamiento se han atendido a más de 1600 personas en los servicios de afiliación, orientación, asistencia y cautela de derechos.

- 2) Fortalecimiento del SIS en las regiones a través de la implementación y acondicionamiento de las 06 oficinas macrorregionales del SIS, así como la implementación y adecuación de las oficinas de las UDR del ámbito de intervención del Programa SISTEC.

Dentro del marco de la descentralización del SIS, la implementación de estas oficinas macrorregionales permitirán un mayor acercamiento del SIS con sus aseguradas y asegurados así como facilitar las coordinaciones entre la sede en

Lima y las unidades regiones.

3) Empoderamiento y cultura de aseguramiento

Durante el año 2015 se trabajó de manera coordinada con las unidades desconcentradas regionales del SIS para llegar a los asegurados y aseguradas localizados en locaciones remotas o de difícil acceso. Así, en una experiencia piloto de apoyo con unidades móviles se pudo sensibilizar a más de 3500 personas en el conocimiento de sus derechos en salud.

Además de brindar apoyo para el desplazamiento, el Programa verificó que las herramientas de trabajo del personal encargado de la sensibilización debían ser mejoradas y renovadas. En ese sentido, el Programa destinó recursos a la indumentaria necesaria para el personal, tales como chalecos salvavidas, botas de jebe, poncho contra lluvia, entre otros, así como el kit de campaña necesario para el trabajo en campo, dotando de parlantes, proyectores, mochilas, etc. Complementando este esfuerzo, se elaboraron diversos productos de merchandising adaptados a las realidades de cada región, los cuales sirvieran como canales para llevar mensajes claves sobre los derechos en salud.

Teniendo en cuenta el rol que tiene el personal de mercadeo para la sensibilización de los usuarios y usuarias SIS, se realizó con ellos un Taller de Intercambio de Experiencias y Fortalecimiento de Capacidades para la Elaboración de Campañas Informativas y Afiliación del SIS. Este taller pudo fortalecer el trabajo de los profesionales de atención al asegurado y el personal de apoyo a ese personal en la realización de campañas, además de haber sido un espacio para desarrollar conjuntamente nuevas herramientas a través del compartir de sus experiencias y lecciones aprendidas.

4) Otras actividades del Programa:

Con el objetivo de incluir de manera sistemática los temas transversales de la CTB en el trabajo y las actividades del Programa SISTEC, entre mayo 2015 y febrero 2016 se desarrolló un diagnóstico situacional de la integración de los enfoques de género e interculturalidad en el Programa, así como un Plan de transversalización de dichos enfoques. Este Plan tiene como objetivo garantizar la toma en cuenta del género y de los aspectos interculturales a nivel del trabajo diario, de la comunicación del Programa así como en todas las fases del desarrollo de sus actividades. A través del Plan, se busca sistematizar los esfuerzos del Programa hacia las metas de igualdad de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y estimular cambios sociales que puedan brindar un mayor acceso y ejercicio del derecho a la salud para hombres, mujeres, niños y niñas beneficiarios/as del SIS en el Perú.

En relación con las actividades de fortalecimiento 5, 6, 7 con calificación “C”, el retraso esta debido mayormente a demoras administrativas y logísticas. Teniendo en cuenta que el Programa tiene una duración hasta el 2019, estos retrasos no afectan el rendimiento general del resultado 2.

2.5 Temas transversales

2.5.1 Género e Interculturalidad

En el mes de mayo 2015 se inició la formulación del Plan de transversalización de los

enfoques de género e interculturalidad para el Programa SISTEC.

El objetivo de esta actividad es la integración transversal de la perspectiva y la igualdad de los enfoques de género e interculturalidad en conformidad con los marcos normativos internacionales y nacionales, así como los lineamientos del sector salud peruano. La incorporación de estos enfoques procura contribuir, en reducir la brecha en el acceso al aseguramiento universal de las poblaciones en situación de pobreza y extrema pobreza.

La primera fase del estudio consistió en la elaboración de un diagnóstico de la incorporación de ambos enfoques, en base a resultados de entrevistas con personal del Programa, Seguro Integral de Salud (sede central y UDRs), representantes de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Defensoría del Pueblo y de las Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza (MCLCP) de las 05 regiones objetivos del Programa.

El Plan de Transversalización, propone las metodologías de enfoque de derechos humanos y metodología participativa, así como herramientas de análisis de género y estrategia de doble vía para adaptar las acciones del Programa según las vulnerabilidades particulares de los/as beneficiarios/as.

Asimismo, el Plan de Transversalización, propone las siguientes recomendaciones:

- Integrar ambos enfoques a nivel programático y presupuestal del Programa.
- Reducir las brechas de género e interculturalidad en los indicadores del marco lógico del Programa.
- Utilizar técnicas para la inclusión de la igualdad de género y no discriminación en la vida cotidiana del Programa a nivel de la Dirección, del área administrativa y programática (comunicación inclusiva, uso de indicadores desagregados por sexo, región, etc.)
- Establecer alianzas estratégicas con instituciones públicas y de la sociedad civil para garantizar la sostenibilidad del Plan a lo largo del Programa.

El principal reto de la transversalización consiste en generar cambios sociales en actitudes profundamente arraigadas; por tal motivo el presente año se inició las actividades del Plan con un taller dirigido al personal del Programa, SIS, y de la CTB a fin de presentar los hallazgos del plan y a su vez fortalecer las capacidades en dichos temas.

2.5.2 Medio ambiente

En el tercer trimestre del año 2015 se concretó el compromiso del Programa hacía medidas de conservación y de protección del medio ambiente. Por lo que se iniciaron los contactos y reuniones de coordinación con miembros del Comité de Eco Eficiencia del SIS para analizar posibilidades de apoyo hacía el mejor manejo de residuos sólidos en la institución. De manera interna en el Programa se puso en marcha el "Plan ECO", el cual incluye varias iniciativas para reducir el impacto del funcionamiento del Programa SISTEC sobre el medio ambiente. Entre dichas medidas, en noviembre se realizó la compra de tachos ecológicos de basura para el reciclaje de residuos sólidos. Se inició el concurso cero basura y se remplazaron algunos productos de limpieza por productos ecológicos. Finalmente, se implementaron cambios en los almuerzos y refrigerios ofrecidos en conferencias y talleres del Programas, los cuales, desde octubre, sistemáticamente incluyen frutas, verduras, jugos naturales en vez de bebidas gaseosas y opción vegetariana. El desarrollo del Plan procura promover costumbres más saludables y una mejor salud en el trabajo. Cabe resaltar que la compra de 7 pantallas

de computadoras en diciembre permitió también reducir el impacto adverso en la visión de los/as colaboradores/as del Programa por efectos de la pantalla

2.5.3 Otro

En diciembre 2015, los nuevos miembros del personal del Programa, incluyendo los/as asesores/as regionales recibieron una capacitación sobre el tema de Anti-Corrupción en el Sector Salud, la cual fue basada en las buenas practicas expuestas dentro del marco del Congreso Internacional “Gestión con Transparencia en el sector salud”, financiado por el PNUD, la Cooperación belga, y el Banco Interamericano de Desarrollo, en noviembre.

2.6 Gestión de riesgos

Identificación de riesgos			Análisis de riesgos			Tratamiento de riesgos			Seguimiento de riesgos	
Descripción de riesgos	Periodo de identificación	Categoría de riesgos	Probabilidad	Impact potencial	Total	Accion(es)	Resp.	Plazo	Progreso	Estado
Que el Ministro de Salud cambie y a la vez el Jefe del SIS y toda la estructura decisional del SIS	Q2 2015	OPS	Low	Medium	Low Risk	Estar atento a estos cambios eventuales y apenas se den, tomar contacto con las nuevas personas	ATI	01/07/2016		En curso
Que el Director nacional cambie, generando una discontinuidad en la gestión (la Directora Nacional tiene un contrato de 3 meses renovable).	Q2 2015	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Asegurar una continuidad en la firma de los documentos y en la toma de decisiones.	RESR EP y PO	01/03/2016	A nivel superior (COSOPER) la ResPer con la Embajada pasó en octubre 2015 el mensaje de la importancia de que haga una continuidad en la orientación del Programa, que no puede ser sujeta a cambios de directorio en el seno del SIS y/o el Director/a nacional del SISTEC.	En curso
Que la campaña para las elecciones presidenciales 2016 retrasen los procesos y ejecución de las actividades.	Q2 2015	OPS	High	Medium	High Risk	Realizar coordinaciones con el equipo de gestión del SIS y desarrollar actividades con las regiones	ATI y RESR EP	31/07/2016		En curso
Que la campaña para las elecciones presidenciales 2016 genere una solicitud de cambio en las orientaciones y las actividades del Programa por parte de las nuevas autoridades.	Q1 2016	OPS	Medium	High	High Risk	A nivel superior (COSOPER) la ResPer pasará el mensaje de la importancia de que haya una continuidad en la orientación del Programa, que no puede ser sujeta a cambios de Gobierno.	ATI y RESP ER	01/12/2016		En curso
Que las actividades al nivel de las cinco regiones de intervención no se desarrollen por las dificultades de coordinación con las autoridades regionales	Q1 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Organizar reuniones de la Dirección del Programa con las autoridades regionales, y eventualmente con la RESPER.	ATI y RESP ER	01/12/2016		En curso

3 Dirección y Aprendizaje

3.1 Reorientaciones estratégicas

Al nivel del fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, se ha visto indispensable iniciar una reflexión sobre el rol futuro del SIS dentro del sistema de salud, teniendo en cuenta los desafíos futuros del aseguramiento universal y la disponibilidad limitada de los recursos financieros. En este contexto, se decidió fortalecer prioritariamente las funciones del SIS que le permite convertirse en un asegurador público, que gestiona riesgos y siniestros por ejemplo. En este sentido, se debe evidenciar en el accionar del Programa SISTEC esta reorientación hacia un Seguro Integral de Salud como asegurador público.

Al nivel de las regiones, se requiere un trabajo mucho más cercano con las autoridades regionales y locales para poder alcanzar el objetivo del Programa SISTEC. La contratación de los asesores regionales del Programa SISTEC debe facilitar las coordinaciones con las autoridades al nivel regional, y en particular con las Direcciones Regionales en Salud.

3.2 Recomendaciones

Recomendaciones	Actor	Plazo
Implementar acciones que permite al SIS convertirse en un asegurador publico	Dirección del programa	Todo el año
Seguir trabajando de manera intensa con el Socio para lograr resultados al nivel regional y sobre las poblaciones pobres y extremadamente pobre.	Dirección del programa	Todo el año
Realizar el taller participativo de formulación y validación del POA 2016 con el SIS y con los actores regionales.	Dirección del programa	Febrero 2016
Desarrollar acciones específicas para las poblaciones vulnerables, entre ellas las poblaciones indígenas amazónicas	Equipo de empoderamiento	2016
Desarrollar investigaciones acción	Dirección del programa	2016

3.3 Enseñanzas aprendidas

Enseñanzas aprendidas	Público meta
La línea de base se concluyó más de 18 meses después del inicio de las actividades, porque fue necesario actualizar el marco lógico. Es importante que el tiempo transcurrido entre la formulación y aprobación oficial del Documento Técnico y Financiero y el inicio de las actividades sea lo mínimo posible.	DGD/CTB
Es importante determinar con el socio y antes del inicio de las actividades los campos y temas precisos de investigación para la “investigación-acción” así como prever un presupuesto específico para el desarrollo de estas actividades desde la formulación.	CTB y SIS
Es necesario implementar herramientas de seguimiento y monitoreo que alerten a los involucrados en los procesos de contratación (pre-in-post) sobre los hitos de tiempos y ejecución de presupuesto.	CTB
Es necesario la coordinación con el socio para la elaboración de los Términos de Referencia a fin de que se describan los entregables de forma medible, esto facilitará la evaluación en el proceso de selección y en el seguimiento y control en la ejecución del servicio.	CTB y SIS
Los temas transversales de Género e Interculturalidad requieren involucramiento y disponibilidad de tiempo de los/las colaboradores/as y el socio, es por ello que se proponen estrategias de talleres in situ, propiciar la firma de un convenio entre el socio (SIS) y el Programa SISTEC con acciones medibles y alcanzables.	CTB y SIS

4 Anexos

4.1 Criterios de calidad

1. PERTINENCIA: El grado en el que la intervención concuerda con las normativas y prioridades locales y nacionales, así como con las expectativas de los/as beneficiarios/as.

Para calcular la puntuación total de este criterio de calidad, haga lo siguiente: al menos una A y ninguna C o D = A; dos B = B; al menos una C y ninguna D = C; al menos una D = D

evaluación PERTINENCIA: puntuación total	A	B	C	D
	X			

1.1 ¿Cuál es el nivel actual de pertinencia de la intervención?

X	A	Sin duda, permanece integrado en las políticas nacionales y la estrategia belga y responde a los compromisos de eficacia de la ayuda, siendo muy relevante para las necesidades del grupo meta.
...	B	Sigue encajando bien en las normativas nacionales y la estrategia belga (sin ser siempre explícito), siendo razonablemente compatible con los compromisos de eficacia de la ayuda y relevante para las necesidades del grupo meta.
...	C	Hay algunas cuestiones relacionadas con la coherencia con las normativas nacionales y la estrategia belga, la efectividad de la ayuda o la pertinencia.
...	D	Hay contradicciones con las normativas nacionales y la estrategia belga, así como con compromisos de eficacia de la ayuda; la pertinencia para las necesidades es cuestionable. Es necesario realizar adaptaciones importantes.

1.2 Tal y como está diseñada actualmente, ¿se mantiene la lógica de la intervención?

	A	Marco lógico claro y bien estructurado; lógica vertical de objetivos factibles y coherentes; indicadores adecuados; riesgos y supuestos claramente identificados y gestionados; estrategia de salida existente (si procede).
X	B	La lógica de la intervención es adecuada, aunque podría necesitar algunas mejoras en cuanto a la jerarquía de objetivos, indicadores, riesgos y supuestos.
	C	Los problemas con la lógica de la intervención pueden afectar al desempeño de la intervención y a la capacidad de realizar el seguimiento y evaluación del progreso; las mejoras son necesarias.
	D	La lógica de intervención es imperfecta y requiere una revisión importante de la intervención para tener una oportunidad de éxito.

2. EFICIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN HASTA LA FECHA: Grado en el que los recursos de la intervención (fondos, pericia, tiempo, etc.) se han convertido en resultados de forma económica.

Para calcular la puntuación total de este criterio de calidad, haga lo siguiente: al menos dos A y ninguna C o D = A; dos B = B; ninguna C o D = C; al menos una D = D

evaluación EFICIENCIA: puntuación total	A	B	C	D
	X			

2.1 ¿Cómo se gestionan los inputs (económicas, RRHH, bienes y equipo)?

X	A	Todos los inputs están disponibles a tiempo y dentro del presupuesto.
---	---	---

	B	La mayor parte de los inputs están disponibles a tiempo y no exigen ajustes de presupuesto importantes. No obstante, se puede mejorar.
	C	La disponibilidad y uso de los inputs afrontan problemas que deben abordarse; de lo contrario, los resultados pueden estar en riesgo.
	D	La disponibilidad y gestión de los inputs tienen graves deficiencias, lo que amenaza la consecución de los resultados. Es necesario un cambio importante.
2.2 ¿Cómo se gestiona la implementación de actividades?		
X	A	Actividades implementadas según lo previsto
	B	La mayoría de las actividades van según lo previsto. Los retrasos existen, pero no afectan a la entrega de los outputs.
	C	Las actividades llevan retraso. Es necesario establecer correcciones para una entrega sin tantos retrasos.
	D	Retraso importante. Los outputs no se entregarán a menos que se realicen cambios en la planificación.
2.3 ¿Cómo se logran los outputs?		
	A	Todos los outputs se han entregado y muy probablemente se entregarán según lo programado con buena calidad, contribuyendo a los outcomes según lo planificado.
X	B	Los outputs se entregan y muy probablemente se entregarán conforme al plan, aunque es posible mejorar en cuanto a calidad, cobertura y tiempos de ejecución.
	C	Algunos outputs no se entregan/no se entregarán a tiempo o con buena calidad. Es necesario realizar ajustes.
	D	La calidad y la entrega de los outputs tienen y muy probablemente tendrán graves deficiencias. Es necesario realizar ajustes importantes para garantizar que al menos los productos clave se entreguen a tiempo.

3. EFICACIA HASTA LA FECHA: Grado en el que se alcanza el outcome (Objetivo específico) según lo planificado al final del año N

Para calcular la puntuación total de este criterio de calidad, haga lo siguiente: al menos una A y ninguna C o D = A; dos B = B; al menos una C y ninguna D = C; al menos una D = D

evaluación EFICACIA: puntuación total	A	B	C	D
	X			

3.1 Tal y como está implementado actualmente, ¿cuál es la probabilidad de conseguir el outcome?

	A	La consecución total del outcome es probable en cuanto a calidad y cobertura. Los efectos negativos (de haberlos) se han mitigado.
X	B	El outcome se alcanzará con restricciones menores; los efectos negativos (de haberlos) no han causado demasiados daños.
	C	El outcome se alcanzará solo en parte, entre otras cosas debido a los efectos negativos a los que la dirección no pudo adaptarse por completo. Hay que tomar medidas correctivas para mejorar la capacidad de alcanzar el outcome.
	D	La intervención no alcanzará su outcome a menos que se tomen medidas importantes y fundamentales.

3.2 Las actividades y los outputs fueron adaptados (si necesario), para conseguir el outcome?

X	A	La intervención consigue adaptar sus estrategias/actividades y productos a las condiciones cambiantes externas a fin de alcanzar el outcome. Los riesgos y supuestos se gestionan de forma proactiva.
---	----------	---

B	La intervención consigue adaptar de forma relativa sus estrategias a las condiciones cambiantes externas a fin de alcanzar su outcome. La gestión de riesgos es más bien pasiva.
C	La intervención no ha conseguido adaptar por completo sus estrategias a las condiciones cambiantes externas de forma oportuna o adecuada. La gestión de riesgos ha sido más bien estática. Es necesario realizar un cambio importante en las estrategias para garantizar que el proyecto pueda alcanzar su outcome.
D	La intervención no ha podido responder a las condiciones cambiantes externas y los riesgos se gestionaron de forma insuficiente. Se necesitan cambios clave para alcanzar el outcome.

4. SOSTENIBILIDAD POTENCIAL: Grado de probabilidad de mantener y reproducir los beneficios de una intervención a largo plazo (más allá del periodo de implementación de la intervención)

Para calcular la puntuación total de este criterio de calidad, haga lo siguiente: al menos tres A y ninguna C o D = A ; máximo dos C y ninguna D = B ; al menos tres C y ninguna D = C ; al menos una D = D

A	B	C	D
evaluación SOSTENIBILIDAD POTENCIAL: puntuación total			
	X		

4.1 ¿Viabilidad financiera/económica?

A	La sostenibilidad financiera/económica es potencialmente muy buena: los costes de los servicios y el mantenimiento están cubiertos o son asequibles; los factores externos no podrán cambiar este hecho.
X style="background-color: yellow;">B	La sostenibilidad financiera/económica es probablemente buena, pero pueden surgir problemas, a saber, por factores económicos externos.
C	Hay que abordar los problemas relacionados con la sostenibilidad financiera, bien en relación con los costes institucionales o de los grupos meta, bien cambiando el contexto económico.
D	La sostenibilidad financiera/económica es muy cuestionable, a menos que se realicen cambios importantes.

4.2 ¿Qué nivel de propiedad de la intervención tienen los grupos meta, y seguirá siendo el mismo cuando el apoyo externo haya terminado?

A	El comité directivo y otras estructuras locales relevantes participan activamente en todas las fases de implementación y se comprometen a continuar produciendo y utilizando resultados.
X style="background-color: yellow;">B	La implementación se basa en buena medida en el comité directivo y otras estructuras locales relevantes, que también participan de alguna forma en la toma de decisiones. La probabilidad de sostenibilidad es buena, pero se puede mejorar.
C	La intervención utiliza principalmente acuerdos ad hoc y el comité directivo y otras estructuras locales relevantes a fin de garantizar la sostenibilidad. Los resultados continuados no están garantizados. Las medidas correctivas son necesarias.
D	La intervención depende completamente de estructuras ad hoc sin perspectivas de sostenibilidad. Es necesario realizar cambios fundamentales para permitir la sostenibilidad.

4.3 ¿Cuál es el nivel de apoyo normativo proporcionado y el grado de interacción entre la intervención y el nivel normativo?

A	Las normativas y las instituciones han apoyado enormemente la intervención y seguirán haciéndolo.
X style="background-color: yellow;">B	En general, las normativas y las instituciones encargadas del cumplimiento de las mismas han apoyado, o al menos no han obstaculizado, la intervención, y es probable que siga siendo así.

	C	La sostenibilidad de la intervención se ve limitada por la falta de apoyo normativo. Las medidas correctivas son necesarias.
	D	Las normativas han estado y es probable que sigan estando en contradicción con la intervención. Es necesario realizar cambios fundamentales para que la intervención sea sostenible.
4.4 ¿Cómo contribuye la intervención a la capacidad institucional y de dirección?		

X	A	La intervención está integrada en las estructuras institucionales y ha contribuido a mejorar la capacidad institucional y de dirección (aunque no se trate de un objetivo explícito).
	B	La dirección de la intervención está bien integrada en las estructuras institucionales y de alguna forma ha contribuido al desarrollo de capacidades. Puede ser necesario contar con pericia adicional. Las mejoras a fin de garantizar la sostenibilidad son posibles.
	C	La intervención depende demasiado de estructuras ad hoc en lugar de instituciones; el desarrollo de capacidades no ha sido suficiente para garantizar por completo la sostenibilidad. Las medidas correctivas son necesarias.
	D	La intervención depende demasiado de estructuras ad hoc, por lo que el traslado de capacidades a las instituciones existentes, lo que podría garantizar la sostenibilidad, es poco probable a menos que se realicen cambios fundamentales.

4.2 Decisiones tomadas por el comité directivo y seguimiento

Decisión a tomar	Periodo de identificación	Fuente	Actor	Acción	Resp.	Fecha Limite	Seguimiento	Estado
Decisión a tomar	Periodo de identificación	Fuente	Actor	Accion(es)	Resp.	Fecha Limite	Avance	Estado
El CDP por consenso da su aprobación al Informe Anual 2014	01/02/2015	CDP	SISTEC	Enviar el informe 2014 a la RESREP	Directores	28/02/2015	Realizado	Cerrado
El CDP por consenso da su aprobación al Plan Operativo 2015	01/02/2015	CDP	SISTEC	Comunicar el POA a las diferentes Gerencias del SIS y UDRs	Directores	30/04/2015	Se ha presentado el POA a la diferentes gerencias y UDR durante reuniones de trabajo	Cerrado
El CDP por consenso da su aprobación a la segunda versión de la adenda del manual de gestión administrativa y financiera y que sustituye en su totalidad a la primera versión	01/02/2015	CDP	SISTEC	Aplicar la segunda adenda y informar el equipo SISTEC	RAF	30/04/2015	Se esta aplicando la segunda adenda y se ha informado al equipo del SISTEC	Cerrado
El CDP acuerda que en los TDR para la selección del Director Nacional se flexibilicen algunos aspectos administrativos para evitar que el proceso quede desierto	01/02/2015	CDP	SIS	Convocar concurso para Director Nacional	SIS	30/04/2015	el SIS organizo un concurso y la Dra Ada Pastor fue seleccionada como Directora Nacional a partir del 24 de abril 2015.	Cerrado
El CDP da por consenso su aprobación de la nueva directora nacional, Dra Ada Pastor, seleccionada por el SIS, a través de un concurso.	01/05/2015	CDP	SIS	Capacitar la nueva Directora nacional sobre el Programa SISTEC	SIS y Co director internacional	31/05/2015	Se ha capacitado a la nueva directora nacional sobre el Programa SISTEC	Cerrado
El CDP por consenso da su aprobación para el incremento por 27.000 Euros de la línea presupuestal en Cogestión Z_02_02: Equipamiento de oficina, con cargo de la disminución de la línea presupuestal en Cogestión A_05_07: Sistemas para generar estados de	01/05/2015	SISTEC	SISTEC y SIS	El programa SISTEC alquila un nuevo local	RAF	31/05/2015	El Programa SISTEC ha alquilado un nuevo local	En curso

cuenta, a fin de cubrir el gasto por el alquiler del nuevo local del SISTEC, únicamente por 06 meses hasta que sea asumido por el SIS a partir de enero del año 2016, y que en el SIS cubra esta actividad con aporte en especie para no afectar los resultados previsto en esta línea presupuestal				El SIS asegura el pago del alquiler del nuevo local a partir del 1 de enero del 2016	OGAR/SIS	31/05/2015	Al 5 de enero 2016, el SIS está gestionando la contratación del local para el año 2016.	
El CDP por consenso da su aprobación al informe de inicio	01/10/2015	CDP	SISTEC	Editar el informe de inicio para publicación	Co Director Internacional	31/10/2015	Se editó el informe de inicio para publicación	Cerrado
El CDP por consenso da su aprobación al informe de línea de base	01/10/2015	CDP	SISTEC	Finalizar el documento con las observaciones del SIS/MINSA antes de su publicación		30/11/2015	Se finalizó y publicó el documento, incluyendo las observaciones del SIS	Cerrado
El CDP por consenso da su aprobación a la contratación de un tercer logista y de un asistente contable	01/10/2015	CDP	SISTEC	Proceder a la contratación de estos dos profesionales		30/11/2015	Se realizó la contratación de estos dos profesionales	Cerrado

4.3 Marco Lógico actualizado

Se adjunta el Marco Lógico consensuado y aprobado por el Comité del Programa (CDP) en el mes de setiembre del 2014, complementado con nuevos indicadores (subrayado).

Objetivos / Resultados		Indicadores	Medios de verificación	Frecuencia de Reporte	Responsable	Supuestos
Objetivo General	El derecho de toda persona en situación de pobreza y pobreza extrema a servicio de salud de calidad ha sido garantizado mejorando el nivel de salud de la población.	<ul style="list-style-type: none"> Razón de mortalidad materna. <u>Tasa de mortalidad neonatal.</u> <u>Tasa de mortalidad en la niñez.</u> Prevalencia de desnutrición crónica infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> ENDES ENDES Fuente de verificación ENDES 	<ul style="list-style-type: none"> Hacia el final del programa Frecuencia de colecta Hacia el final del programa Hacia el final del programa 	<ul style="list-style-type: none"> INEI Responsable colecta INEI INEI 	Mejora de los determinantes sociales de la salud.
Objetivo Específico	Al 2018, la cobertura de afiliación y de beneficios del seguro integral de salud ha sido extendida con garantías de calidad implementadas para hombres, mujeres, niños y niñas en situación de pobreza y extrema pobreza, según sus necesidades diferenciadas en regiones priorizadas del país en el marco del AUS.	<ul style="list-style-type: none"> * % de población afiliada al SIS según quintil de riqueza I y II * <u>% de población pobre afiliada al SIS (nacional y por región).</u> Gasto directo anual en salud de las familias según quintil de riqueza I y II * <u>Gasto de bolsillo en salud real anual de la población pobre</u> * % de población afiliada al SIS que busca atención médica cuando se percibe enferma según quintil de riqueza I y II * <u>% de población pobre afiliada al SIS que busca atención médica en EESS público cuando se percibe enferma</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ENAHO 	<ul style="list-style-type: none"> Anual 	<ul style="list-style-type: none"> INEI 	Política de aseguramiento en salud se mantenga como prioridad del estado Crecimiento del gasto público en salud.

Resultados	R1: Se ha mejorado la calidad de las prestaciones de salud, principalmente con la introducción de sistemas de monitoreo y evaluación de los servicios de salud y transferencias financieras a las IPRESS, así como a través de servicios de terceros.	<ul style="list-style-type: none"> • % de prestaciones revisadas por el PCPP • % de prestaciones observadas entre las revisadas por el PCPP • % de establecimientos de salud de nivel de atención I evaluados por el PCPP • % de recomendaciones implementadas por las UES, basado en las supervisiones financieras efectuadas por las UDR 	• Base de datos SIS	• Anual	• SIS/GNF/GREP	Existe voluntad de los gobiernos regionales y autoridades del sector Salud para mejorar la calidad y costo-efectividad de los servicios provistos a la población.	
	R2: Se ha garantizado la gratuidad de la atención de los asegurados SIS, principalmente estableciendo una cultura de aseguramiento y empoderamiento de los derechos del asegurado en regiones objetivo.	<ul style="list-style-type: none"> • % de asegurados en régimen subsidiado que identifican al menos 03 beneficios que brinda el SIS gratuito • % de asegurados al SIS que identifican uno o más canales para presentar sus reclamos • <u>% de asegurados al SIS que presentaron un reclamo en los seis últimos meses y creen que le han solucionado el problema que motiva el reclamo.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta nacional de satisfacción de los asegurados • Encuesta nacional de satisfacción de los asegurados • Encuesta nacional de satisfacción de los asegurados 	• Anual	• Anual	• Anual	• OGIIT •SUSALUD/INEI •SUSALUD/INEI

Se anexa cuadro de seguimiento de la línea de base

4.4 MoRe Resultados de un vistazo

¿Resultados o indicadores del Marco Lógico modificados en los últimos 12 meses?	Si, algunos indicadores
¿Informe baseline registrado en PIT?	Si, en diciembre 2015, así como el informe de inicio.
Planificación evaluación de término medio (registro del informe)	La evaluación de medio término tendrá lugar entre junio y setiembre 2016. El registro del informe en octubre 2016
Planificación evaluación final (registro del informe)	11/2018
Misiones de respaldo desde 01/01/2012	Agosto y Septiembre 2014, febrero 2016.

4.5 Informe “Presupuesto frente al año/mes actual”

a) Ejecución contrapartida belga

DETALLE	PRESUPUESTO	2015
RESULTADO 1 Se ha mejorado la calidad de las prestaciones de salud, principalmente con la introducción de sistemas de monitoreo y evaluación de los servicios de salud y transferencias financieras a las IPRESS, así como a través de servicios de terceros		
Gestión estratégica de RRHH implementada	350,000	73,184
Personal SIS a nivel nacional con competencias fortalecidas para el optimo	908,980	345,052
Recursos Humanos fortalecidos	200,000	0
Sistema de monitoreo de ejecución institucional mejorado	200,000	8,616
Sistema de monitoreo y evaluación de las transferencias financieras de las IPRESS establecido	600,000	10,840
Sistema de monitoreo y evaluación de los servicios de las IPRESS establecido	491,000	17,267
Sistema para generar estados de cuenta implementado	373,000	0
Gestión de componente para generar estados de cuenta implementado	200,000	982
Infraestructura de TICS (tecnología de la información y comunicaciones) del SIS fortalecida	2,658,000	877,251
Gestión de las TICs, implementada	600,000	30,869
Estrategia a nivel nacional de comunicaciones sobre derecho a la salud, cobertura, planes y gratuidad del SIS implementada	800,000	184,473
Análisis de siniestralidad y costos de aseguramiento desarrollados	200,000	0
Fondo de aseguramientos diseñado	100,000	27,151
Sistema de gestión e inversión del fondo de aseguramiento diseñado	100,000	0
Asistencia técnica nacional	795,000	227,822
Total	8,575,980	1,803,508

DETALLE	PRESUPUESTO	2015
RESULTADO 2 Se ha garantizado la gratuidad de la atención de los asegurados SIS, principalmente estableciendo una cultura de aseguramiento y empoderamiento de los derechos del aseguramiento en 5 regiones objetivo.		
GMR/UDR fortalecidas con recursos	376,000	367,782
RRHH de GMR y UDR fortalecido	400,000	17,670
Poblaciones vulnerables excluidas y/o dispersas afiliadas en regiones objetivo	400,000	30,179
Estrategias de empoderamiento diferenciadas por región, género y edad adaptados a la lengua y cultura implementadas en regiones objetivo	400,000	28,735
Estrategia comunicacional específica a regiones objetivo implementada	800,000	83,816
Infraestructura de Tics (macroregiones y UDR) fortalecida en regiones objetivo	400,000	39,386
Total	2,776,000	567,568
RESERVA	67,500	0
GASTOS GENERALES	2,080,520	616,655
Total	13,500,000	2,987,731

b) Ejecución contrapartida peruana

Concepto	Monto (euros)
Alquiler local	10,000
Alquiler garaje	200
Gasto funcionamiento oficina (luz, Internet, etc.)	1800
Director nacional – sueldo	24,000
Participación funcionarios SIS sede central en las actividades del SISTEC - sueldos	434,000
Participación funcionarios SIS UDR y GMR en las actividades del SISTEC – sueldos	140,000
Total	600,000

4.6 Recursos de comunicación

Durante el 2015 se trabajaron en diferentes productos para informar a nuestros públicos sobre la razón de ser del Programa SISTEC y sus avances.

Uno de ellos fue el video de presentación del Programa¹, el cual no solo brindar información sobre los objetivos, ámbitos de acción, actores principales, etc., sino que recoge el testimonio de los mismos beneficiarios: Desde los trabajadores del SIS, como socio en co-gestión, hasta la misma población asegurada, expresando la importancia de nuestras acciones para conocer y ejercer los derechos en salud de todo peruano y peruana.

Asimismo, iniciamos la elaboración de la página web del Programa², la cual desglosa información sobre el desarrollo y avance de cada una de las actividades realizadas, por

año, por público beneficiario, por ámbito, entre otros criterios. La página web también muestra información de corte institucional, de tal manera que los interesados puedan conocer al equipo de trabajo, los resultados que esperamos alcanzar y nuestras áreas de fortalecimiento. Actualmente esta herramienta está siendo publicada.

En lo que respecta a redes sociales, creamos el canal de youtube del Programa³, en el cual difundimos videos de algunas de las actividades realizadas. Asimismo, continuamos informando a los y las usuarias de nuestras actividades a través del fanpage del Programa en Facebook⁴.

El INFOSISTEC⁵ es otra de las herramientas de comunicación que hemos mantenido durante el 2015, la cual en un formato impreso nos permite difundir las últimas actividades realizadas en eventos organizados por el Programa, tales como capacitaciones, simposios, talleres, etc.

Resumen de los productos de comunicación del Programa SISTEC:

- 1) Video SISTEC: <https://www.youtube.com/watch?v=zbSeDhFs-CU>
- 2) Página SISTEC: <http://sistec.sis.gob.pe/>
- 3) Channel Youtube SISTEC:
<https://www.youtube.com/channel/UCuhxQZW3ptcbYP-MIY2c8AQ>
- 4) Página Facebook del Programa SISTEC:
<https://www.facebook.com/ProgramaSISTEC>
- 5) Publicaciones INFOSISTEC: <https://issuu.com/programasistec-ctbperu>
- 6) Video de RENIEC sobre el proyecto piloto en Río Tambo:
<https://www.youtube.com/watch?v=RUy0CxyRm40>

Documentos elaborados por el equipo SISTEC en el 2015:

- Informe Anual 2014
- Informe de inicio
- Informe de línea de base
- Proyecto piloto de observación participativa en el distrito de Río Tambo

Documentos elaborados por consultores en el 2015:

- Primer Estudio de Línea de Base del Programa – Consultor Future Generations
- Diagnostico Situacional de la incorporación de los enfoques de género e interculturalidad – Consultora Barbara Ortiz
- Encuesta nacional de Satisfacción al asegurado/a, IMASEN.