**DOCUMENTO TÉCNICO**

**Y FINANCIERO**

**“PROGRAMA DE APOYO A LA**

**POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO**

**UNIVERSAL EN SALUD EN EL**

**PERU, A TRAVÉS DEL SIS (SIS-**

**TEC)”**

**PERU**

**CÓDIGO DGD: 3009805**

**CÓDIGO NAVISION: PER1001711**



**TABLA DE CONTENIDOS**

**LISTA DE ABREVIATURAS.......................................................................................4**

**RESUMEN EJECUTIVO .............................................................................................7**

**FICHA ANALITICA DE LA INTERVENCION .............................................................9**

**1.**

**ANALISIS DE LA SITUACION...........................................................................11**

**1.1.**

**1.2.**

**1.3.**

**1.4.**

**1.5.**

**1.6.**

**1.7.**

**CONTEXTO GENERAL Y ADMINISTRATIVO ................................................................. 11**

**EL CONTEXTO DE LA POLÍTICAS NACIONALES .......................................................... 15**

**ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD ........................................................................ 17**

**LOS ACTORES EN EL SISTEMA DE SALUD ................................................................. 18**

**EVOLUCIÓN DE LA INSTITUCIONALIDAD..................................................................... 21**

**ANÁLISIS FODA: DEBILIDADES EN EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE SALUD ...... 26**

**APOYO BELGA AL SECTOR DE SALUD ....................................................................... 28**

**2.**

**ORIENTACIONES ESTRATEGICAS .................................................................29**

**2.1.**

**2.2.**

**2.3.**

**2.4.**

**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA ....................................................... 29**

**ACTORES INVOLUCRADOS ....................................................................................... 33**

**LOCALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN........................................................................ 34**

**SINERGIA CON OTROS PROGRAMAS ......................................................................... 35**

**3.**

**PLANIFICACION OPERACIONAL ....................................................................39**

**3.1.**

**3.2.**

**3.3.**

**3.4.**

**3.5.**

**OBJETIVO GENERAL ............................................................................................... 39**

**OBJETIVO ESPECIFICO ............................................................................................ 39**

**RESULTADOS.......................................................................................................... 39**

**ACTIVIDADES .......................................................................................................... 40**

**INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN ............................................................... 52**

**4.**

**RECURSOS NECESARIOS...............................................................................54**

**4.1.**

**4.2.**

**4.3.**

**RECURSOS FINANCIEROS ........................................................................................ 54**

**RECURSOS HUMANOS ............................................................................................. 57**

**RECURSOS MATERIALES.......................................................................................... 60**

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

2

**5.**

**MODALIDADES DE EJECUCIÓN .....................................................................61**

**5.1.**

**5.2.**

**5.3.**

**5.4.**

**5.5.**

**5.6.**

**5.7.**

**5.8.**

**5.9.**

**MARCO LEGAL Y RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS. ........................................ 61**

**ESTRUCTURAS DE EJECUCIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA ........................................ 61**

**MODALIDADES DE GESTIÓN FINANCIERA .................................................................. 66**

**REPORTES TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS .......................................... 73**

**OTORGAMIENTO DE MERCADOS PÚBLICOS ............................................................... 74**

**GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS ........................................................................... 77**

**MECANISMOS DE APROPIACIÓN Y ADAPTACIÓN DEL DTF........................................... 78**

**EVALUACIÓN Y AUDITORIA ...................................................................................... 78**

**CIERRE DEL PROGRAMA.......................................................................................... 79**

**6.**

**TEMAS TRANSVERSALES...............................................................................81**

**6.1.**

**6.2.**

**6.3.**

**6.4.**

**6.5.**

**MEDIO AMBIENTE .................................................................................................... 81**

**GÉNERO ................................................................................................................. 81**

**ECONOMÍA SOCIAL .................................................................................................. 84**

**DERECHO DE LOS NIÑOS.......................................................................................... 85**

**HIV / SIDA............................................................................................................. 85**

**7.**

**ANEXOS.............................................................................................................86**

**7.1.**

**7.2.**

**7.3.**

**7.4.**

**7.5.**

**7.6.**

**MATRIZ DE MARCO LÓGICO ..................................................................................... 87**

**PRESUPUESTO........................................................................................................ 89**

**PLAN DE COMMUNICACION ....................................................................................... 91**

**PLAN DE INFORMATIZACION ..................................................................................... 94**

**CRONOGRAMA ........................................................................................................ 97**

**TÉRMINOS DE REFERENCIA RECURSOS HUMANOS .................................................... 99**

**8.**

**BIBLIOGRAFIA................................................................................................107**

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

3

**Lista de abreviaturas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sigla** | **Significado** |  |
| APCI | Agencia Peruana de Cooperación Internacional |  |
| ATI | Asesor Técnico Internacional |  |
| ATP | Asesor Técnico Puntual (intermitente) |  |
| AUS | Aseguramiento Universal en Salud |  |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |  |
| BM | Banco Mundial |  |
| BN | Banco de la Nación del Perú |  |
| CTIN | Comité Técnico Implementador Nacional |  |
| CIAS | Comisión Interministerial de Asuntos Sociales |  |
| CIGS | Comisión Intergubernamental en salud |  |
| CRECER | Estrategia articulada de Programas sociales contra la  pobreza y la desnutrición |  |
| CTB | Agencia Belga al Desarrollo |  |
| CTIR | Comité Técnico Implementador Regional |  |
| DGD | Dirección General de Cooperación al Desarrollo |  |
| DGRH | Dirección General de Gestión de Recursos Humanos | MINSA |
| DGSP | Dirección General de Salud de las Personas | MINSA |
| DGPS | Dirección General de Promoción |  |
| DIRESA | Dirección Regional de Salud |  |
| DISA | Dirección de Salud (Lima) | Lima\* |
| DTF | Documento Técnico y Financiero |  |
| DP | Dirección del programa |  |
| EMCL | Estructura Mixta de Concertación Local |  |
| ENAHO | Encuesta Nacional de Hogares |  |
| ENDES | Encuesta Demográfica y de Salud Familiar |  |
| EPS | Entidad Prestadora de Salud |  |
| ESSALUD | Seguro Social de Salud |  |
| FABEP | Foro de Actores Belgas en el Perú |  |
| FESE | Ficha de Evaluación Socioeconómica | SIS |

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sigla** | **Significado** |  |
| FISSAL | Fondo Intangible Solidario de Salud |  |
| FSU | Ficha Socioeconómica Única | MEF |
| GORE | Gobiernos Regionales |  |
| IAFAS | Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento  en Salud |  |
| INEI | Instituto Nacional Estadística e Informática |  |
| IPRESS | Instituciones Prestadores de Servicios en Salud |  |
| JUNTOS | Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres |  |
| LPIS | Listado priorizado de intervenciones sanitarias |  |
| MEF | Ministerio de Economía y Finanzas |  |
| MIMDES | Ministerio de la Mujer y de Desarrollo Social |  |
| MINSA | Ministerio de Salud |  |
| M&S | Monitoreo y Seguimiento | =M&E |
| NAGU | Norma de auditoria gubernamental |  |
| OCI | Órgano de control institucional-SIS |  |
| ODM | Objetivos de desarrollo del Milenio |  |
| ODSIS | Oficinas Desconcentradas del SIS |  |
| OM | Outcome Mapping |  |
| PARSALUD | Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud |  |
| PCM | Presidencia del Consejo de Ministros |  |
| PEA | Población Económicamente Activa |  |
| PEAS | Plan Esencial de Aseguramiento en Salud |  |
| PEI | Plan Estratégico Institucional | SIS |
| PESEM | Plan Estratégico Sectorial Multi anual de Salud | MINSA |
| PIA | Presupuesto Institucional de Apertura |  |
| PIC | Programa Indicativo de Cooperación |  |
| PILVFS-II | Proyecto Integral de Lucha contra la Violencia Familiar y  Sexual Ayacucho |  |
| PIM | Presupuesto Inicial Modificado |  |
| POI | Plan Operativo Institucional | SIS |
| POA | Plan Operativo Anual |  |

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sigla** | **Significado** |  |
| PpR | Presupuesto por Resultados | MEF |
| PROSIS | Programa de Apoyo Financiero sectorial al SIS |  |
| RAF | Responsable Financiero y Administrativo |  |
| RENIEC | Registro Nacional de Identificación y Estado Civil |  |
| ROF | Reglamento de Organización y Funciones |  |
| SC | Sociedad Civil |  |
| SEG | Seguro Escolar Gratuito |  |
| SEPS | Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud |  |
| SESE-SIS | Aplicativo informático del SIS para evaluar la pertenencia o  no del afiliado al régimen subsidiado | SIS |
| SETEC | Secretaría Técnica del MINSA para el AUS |  |
| SIAF | Sistema Integrado de administración financiera | MEF |
| SIS | Seguro Integral de Salud |  |
| SISFOH | Sistema de focalización de Hogares | MEF |
| SNC | Sistema nacional de control | Perú/ contraloría |
| ST-CIAS | Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de  Asuntos Sociales |  |
| SUNASA | Superintendencia Nacional de Salud |  |
| TdR | Términos de Referencia |  |
| USAID | Agencia de los Estados Unidos de Norteamérica para el  Desarrollo Internacional. |  |
| USD | Dólar norte americano (Estados Unidos) |  |

**RESUMEN EJECUTIVO**

El Programa Indicativo de Cooperación (PIC) para el periodo 2010-2013, aprobado en

la Comisión Mixta Bélgica-Perú en septiembre 2009, acordó un apoyo no reembolsable

de 20 millones de Euros para el Aseguramiento Universal de la Salud en el Perú. El

monto aprobado se divide en 6,5 millones de Euros para el apoyo financiero y 13,5

millones de Euros para el Apoyo Técnico destinados al sector salud, focalizado en la

política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS). El punto de entrada para

fortalecer esta política es el SIS, con una concentración en la población que vive en

pobreza y extrema pobreza en los departamentos de sierra central y otras zonas

priorizadas por el país (ver Figura 2)

Para la definición de los componentes del Programa, se consideró el alineamiento con

las Políticas Sectoriales, además de la Política de AUS y se tomaron como ejes los

enfoques de extensión de la protección social de salud (como el aseguramiento en

salud), de la Atención Primaria de Salud renovada, de la estructuración de sistemas de

salud y servicios de salud incluyente, de calidad, equitativa y solidaria. Estos enfoques

forman parte de las propuestas que desde el Sector Salud Peruano se están

impulsando para mejorar el acceso y calidad de la atención.

El Programa pretende apoyar en el logro de consensos dentro del área de

aseguramiento de salud y estará anclado al Seguro Integral de Salud trabajando con el

MINSA y articulando con los otros actores del Aseguramiento Universal en Salud,

especialmente Gobiernos Regionales y SUNASA. Adicionalmente se busca el

fortalecimiento de la capacidad institucional, técnica y gerencial, en un marco del

fomento de la participación y control social. La filosofía básica es potenciar y sumar los

procesos existentes en el nivel nacional y regional, a través de brindarles apoyo técnico

y financiero.

En este marco se define 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”, del cual se deriva el **objetivo específico** “Al 2016, 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”

El Presupuesto del Programa (presupuesto detallado ver 7.1) hace énfasis en los

resultados relacionados con los objetivos y se inscriben dentro de los lineamientos

estratégicos del mismo.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

7

El programa contará con asesoría técnica nacional y/o internacional (ver Anexos 7.6)

por la duración del programa y contratará apoyo técnico en temas puntuales. También

cuenta con un experto dedicado al M&S, monitoreo y seguimiento.

Considerando el genero y la lucha contra el VIH/SIDA son prioridades tanto para el

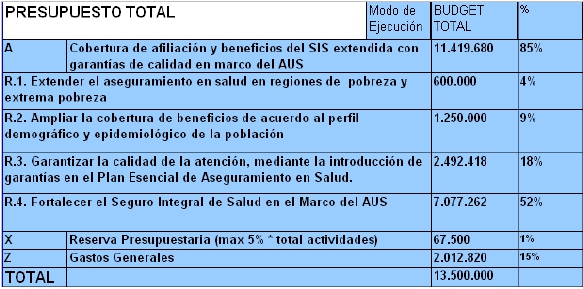
gobierno peruano cuanto para la cooperación belga, los aspectos relacionados con los

derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones más vulnerables y el AUS

tendrán un seguimiento particular como documentado bajo 6.2 y 6.5.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

8



**FICHA ANALITICA DE LA INTERVENCION**

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

9

|  |  |
| --- | --- |
| Titulo de la prestación | Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en el Perú.  Componente Técnico |
| Código DGD | 3009805 |
| Código Navision | PER 10 017 11 |
| Socios locales | SIS: SEGURO INTEGRAL DE SALUD  MINSA: MIINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ |
| Duración ejecución | Duración convenio especifico: 6 años  Duración ejecución: 5 años |
| Fecha de arranque  de la ejecución | Marzo 2012. |
| Contrapartida  peruana | 3,000,000 € |
| Contrapartida belga | 13,500,000,000 € |
| Código CAD | 12110 |
| Breve descripción de  la intervención | Apoyo técnico para fortalecer el funcionamiento del sistema  de aseguramiento universal de salud peruano, que  garantice a la población acceso y calidad a la prestación  sanitaria, con el objetivo de incidir en el mejoramiento de la  salud de los peruanos |
| 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. |
| Objetivo específico | Al 2016, 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. |

Resultado 1: Se ha extendido la cobertura efectiva de la

población a un sistema de aseguramiento de salud,

especialmente de los que se encuentran en situación de

pobreza.

Resultados

esperados

Resultado 2: Se ha ampliado de manera gradual la

cobertura efectiva de las prestaciones de salud.

Resultado 3: Se ha mejorado la calidad

de las

prestaciones, ligada a objetivos sanitarios.

Resultado 4: Se ha fortalecido el SIS en el marco del AUS.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

10

**1.**

**1.1.**

**ANALISIS DE LA SITUACION**

**Contexto General y Administrativo**

**1.1.1. Características Geográficas**

El Perú posee una amplia diversidad de regiones geográficas y climáticas, variando

desde zonas desérticas en la costa del Océano Pacífico, pasando por frías y elevadas

cordilleras que cruzan todo el país, hasta zonas selváticas tropicales en la Amazonía.

**1.1.2. Características Demográficas**

La población de Perú se estima al 2010 en alrededor de 29,5 millones, es multiétnica,

comprendiendo descendientes de poblaciones indígenas, europeas, africanas y

asiáticas. El lenguaje principal es el español, seguido por los idiomas ancestrales

Quechua y Aymará, y luego por diversos lenguajes nativos. El 63.5% de la población

tiene edades entre 15 y 65 años, el 30.5% es menor a 15 años. La tasa de crecimiento

poblacional estimada para 2010 es de 1.5%, y 75.9% vive en zonas urbanas, y 24.1%

1

**1.1.3. Perfil Epidemiológico**

Entre 2000 y 2010 la Razón de Mortalidad Materna disminuyó en 50% (de 185 a 93

muertes maternas por 100 000 nacidos vivos), con el 97.6% de embarazos recibiendo

control prenatal. La anemia materna disminuyó de 31.6% a 21.5 %. La tasa de

desnutrición crónica infantil en el 2010 fue 17,9 %(Patrón OMS), como ilustrado en la

Figura1. . Asimismo, la tasa de mortalidad de niños menores a un año disminuyó de 33

a 17%. Se considera que Perú es un país en transición epidemiológica, la carga

atribuida a las enfermedades no trasmisibles, trasmisibles, maternas y peri natales, y a

los accidentes y lesiones fue 58.5%, 27.6% y 14.7% respectivamente.

1

De acuerdo al Censo Nacional del 2007 elaborado por el INEI.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

11

vive en zonas rurales .

**Desntrición Cronica por Areas Geograficas 2000-2010**

45

40

35

30

25

40.2

36.9

31.3

20

15

10

25.4

22.6

17.9

13.4

11.8

10.1

5

0

**PERU**

**ENDES**

**2000**

**Area Urbana**

**ENDES**

**2007**

**Area Rural**

**ENDES**

**2010**

**Figura1 : evolución de la desnutrición crónica en el Perú entre 2000 y 2010.**

**1.1.4. Situación de la Pobreza**

De acuerdo a la ENAHO 2010, 31.3% de los peruanos estuvieron por debajo de la línea

de la pobreza (9.8% pobres extremos y 21.5% pobres), con 19.1% de pobreza en áreas

urbanas y 54.2% en rurales. La pobreza extrema en áreas urbana y rural son 2.5 y 23.3

2

“*Para el año 2010 se establecieron cuatro grupos de departamentos en pobreza.*

*El primer grupo lo conforma el departamento de Huancavelica con una tasa de 66.1%*

*seguido de Apurimac con 63,1%.*

*El segundo grupo esta integrado por los departamentos cuya incidencia de pobreza se*

*encuentran entre 40.0% y 58.5%, estos son: Huanuco con 58.5%, Puno con 56.0%,*

*Ayacucho con 55,9% seguido por Amazonas y Cusco, Loreto, Cajamarca, Pasco y*

*Piura.*

*El tercer grupo está conformado por los departamentos de Lambayeque, La Libertad,*

*Junin, San Martín, Ancashi, Tumbes y Ucayali, cuyos niveles están entre 20,0% y*

*35,3%.*

*En el cuarto grupo se encuentran los departamentos de menor tasa de pobreza (8,7% a*

*19,6 %), y está conformado por Moquegua, Tacna, Lima, Ica, Arequipa y Madre de*

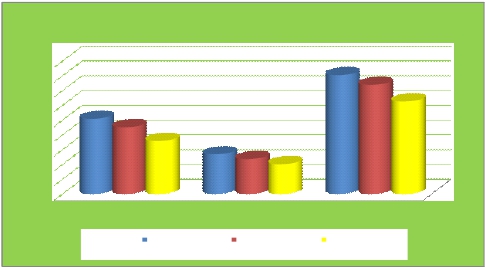
*Dios.*”

2

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza 2010. Lima, 2011.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

12



por ciento, respectivamente. El INEI ha efectuado un agrupamiento de las regiones:

Figura 2 muestra la agrupación señalada.

**Figura 2: Agrupación Geográfica de los departamentos según Nivel de Pobreza 2010**

**1.1.5. Ocupación y pobreza**

Puesto que el SIS está dirigido a la población pobre peruana, es necesario analizar

como está constituida en la actualidad la población económicamente activa (PEA).

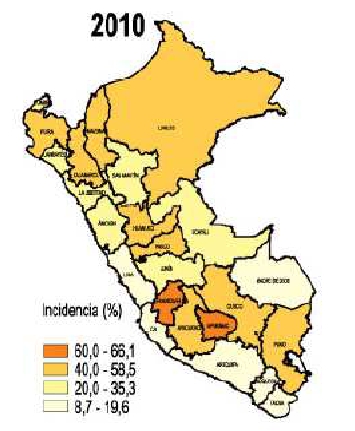
En el Perú, la población ocupada se concentra en mayor grado en la categoría de

trabajador independiente y de trabajador familiar no remunerado, dos de las categorías

que contribuyen fuertemente a la afiliación del SIS.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

13



**Figura 3 : Distribución de pobreza y categoría de ocupación**

Como ilustrado en la Figura 3; en la estructura laboral encontramos para el 2010, que

el mayor porcentaje de pobres extremos (45,9%) y de pobres (43,40%) declara ser

trabajadores independientes, mientras el 34,1% de pobres extremos y el 26,1% de

pobres declaran ser trabajador familiar no remunerado. Ambas categorías son aquellas

a quienes está direcionado el SIS. Por ello, de no mediar un cambio fuerte en la

estructura laboral peruana, puede preverse que el SIS tendrá una cantera de afiliados

subsidiados importante. Los otros sistemas de aseguramiento, tanto EsSalud que es la

seguridad social peruana, como los seguros privados tienen un mercado restringido

que lo disputarán especialmente en los estratos con ingresos superiores, sobra decir

que la coordinación del Estado Peruano es un requisito importante para el desarrollo

del Sistema de Aseguramiento Universal de Salud.

**1.1.6. Organización Administrativa**

El Perú se divide en 24 departamentos y una Provincia Constitucional (Callao); cada

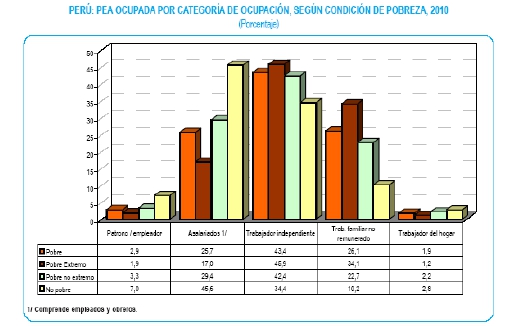
Departamento se divide en Provincias y éstas en Distritos. Cada Departamento

constituye un Gobierno Regional. En el caso del Gobierno Regional de Lima, este no

tiene competencia sobre la Provincia de Lima, y la Municipalidad de Lima tiene las

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

14



funciones del gobierno regional. Cada gobierno regional tiene un presidente regional

elegido por cuatro años, de manera análoga a las provincias (195) y distritos (1834),

que eligen a alcaldes provinciales y distritales para regir las Municipalidades

Provinciales y Distritales (Gobiernos Locales).

Los Gobiernos Regionales designan un Director de Salud que los representa. Según la

Ley de Descentralización, a partir de 2011 la unión de 2 o más departamentos podrá

someterse nuevamente a referéndum.

**1.2.**

**El Contexto de la Políticas Nacionales**

**1.2.1. Política de Erradicación de la Pobreza**

Los esfuerzos públicos se encuentran enmarcados dentro de la Décima Política de

Estado (Reducción de la Pobreza). Como marco de política se encuentran los Objetivos

de Desarrollo del Milenio (ODM), el Acuerdo Nacional del 22 de julio de 2002, y el

Decreto Supremo Nº 027-2007-PCM, del 25 de marzo de 2007, que definen y

establecen las políticas nacionales para el Gobierno Nacional, vinculadas a la política

social en materia de: descentralización; igualdad de hombres y mujeres; juventud;

pueblos andinos, amazónicos, afro peruanos y asiático-peruanos; personas con

discapacidad; inclusión; extensión tecnológico, medio ambiente y competitividad;

aumento de capacidades sociales; empleo y MYPE; simplificación administrativa; entre

otras. Dentro de ese marco, la Estrategia Nacional "CRECER" es una estrategia de

intervención articulada de las entidades públicas que conforman el Gobierno Nacional,

Regional y Local; organismos de cooperación, sociedad civil y de entidades privadas

que se encuentren, directa o indirectamente, vinculadas con el objetivo de superación

3

3

La intervención tiene los siguientes actores:

a.

b.

c.

d.

e.

f.

g.

h.

i.

j.

k.

JUNTOS (transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de compromisos de participación en las áreas de salud,

nutrición, educación y desarrollo de la ciudadanía (identidad) – a cargo de la Presidencia del Consejo de Ministros).

MINSA-DIRESA: atención integral a niños, niñas y mujeres en edad fértil (incluye financiamiento de las atenciones a través

de SIS).

MINEDU - PRONAMA: Programa de Alfabetización.

MIMDES - PRONAA: asistencia alimentaría y Programa educativo.

MINISTERIO DE VIVIENDA CONSTRUCCION Y SANEAMIENTO: Agua para Todos. Dotación de infraestructura de

agua y saneamiento.

MINAG - AGRORURAL. a través de PRONAMACHCS, participa promoviendo la implementación de proyectos

productivos familiares y comunales, mejorando el aseguramiento alimenticio vinculado a la diversificación productiva para

futuros negocios rurales.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS – MEF: Presupuesto por Resultados

MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO: Construyendo Perú (empleo temporal)

ORGANISMO AUTÓNOMO: RENIEC, acceso de la población a la Identidad.

Gobiernos Regionales: incorporación de la Estrategia CRECER en las políticas y Programas regionales

Gobiernos Locales: implementación de la Estrategia Nacional CRECER

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

15

de la pobreza y desnutrición crónica infantil .

La actual política del Ministerio de Salud se sostiene sobre los ODM, el Acuerdo de

Partidos Políticos de marzo del 2006, el Acuerdo de Partidos Políticos sobre el

Financiamiento del Aseguramiento universal en salud del 2010, los Lineamientos de

Política en Salud 2002-2012 y el Plan Nacional Concertado aprobado en el 2007. Sobre

esta base, la actual gestión gubernamental ha planteado los siguientes objetivos:

Reducción de la desnutrición crónica infantil; Disminución de la mortalidad materna;

Disminución de la mortalidad infantil; Control de las Enfermedades Trasmisibles,

Control de las Enfermedades Crónicas y Degenerativas. . En el área de la salud sexual

y reproductiva la promoción del parto institucional, la planificación familiar, la atención

integral de las adolescentes, la reducción de las muertes maternas y la lucha contra el

VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS) han sido identificados como

prioridades fundamentales en el Plan Nacional Concertado de Salud formulado el año

2007.

Todas estas políticas se inscriben dentro del llamado Proceso de Modernización en

Salud, que tiene 4 ejes de cambio:









Organización (articulación de la prestación en el sistema de salud, redes de

servicios de salud integrada, intercambio de servicios)

Prestación (Atención Integral de Salud, atención a poblaciones excluidas y

dispersas)

Gestión (regional descentralizada, local descentralizada, individual,

mancomunada, administración compartida)

Financiamiento (financiamiento progresivo por la vía del aseguramiento,

mecanismo de pago por cápita, mecanismo de pago por servicio).

**1.2.2. La Ley de Aseguramiento en Salud**

El concepto de aseguramiento universal en salud tiene amplio consenso político y

social, y base en el Acuerdo de los Partidos Políticos del 2006 y en su refrendación en

2010. En dicho acuerdo se establece que en el largo plazo se propenderá a la

constitución de un fondo único, debiéndose partir de las condiciones actuales de

aseguramiento, favoreciendo el intercambio de servicios entre los subsistemas

existentes.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

16

La Ley Marco de Aseguramiento en Salud (AUS) Nº 29344 de abril 2009 establece el

marco legal sectorial, multi institucional para el aseguramiento universal en salud, con

el propósito de garantizar el derecho a la seguridad social en salud, y normar el acceso,

regulación, financiamiento, prestación y supervisión del sistema. Asimismo, establece

en sí misma y a través del reglamento de ley correspondiente las características de

obligatoriedad, progresividad y garantía.

La Ley involucra a otros actores del sector salud, y establece las bases de un

entendimiento y coordinación futura, que en la práctica pasa por acuerdos

técnico políticos complejos, que presumiblemente requerirán una agenda en varios

periodos gubernamentales.

De los mandatos establecidos por dicha ley, son tangibles el PEAS, que ha sido

promulgado. Otro aspecto tangible es la vigencia de la Superintendencia Nacional de

Salud (SUNASA), que no es una creación, sino una evolución a escala sectorial de una

institución que venía supervisando solamente al subsector privado bajo la normatividad

previa (Superintendencia de Empresas Prestadoras de Salud SEPS). Dicha institución

tiene un plazo para adecuar su estructura y funciones, y ha mostrado buen desempeño

en las funciones asignadas bajo la normatividad previa al AUS; la focalización a través

del SISFOH, la reorganización del SIS como IAFAS (dicha acción se encuentra aun en

proceso), la emisión del decreto supremo de obligatoriedad para la afiliación entre

otros.

**1.3.**

**Organización del Sector Salud**

El Sector Salud se compone de subsectores: Público (incluye MINSA, Sanidades de las

Fuerzas Armadas y Policiales), EsSalud (financiado con aportes de los trabajadores

dependientes e independientes), Privado, y otros (farmacias, curanderos) que atienden

4

Nacionales en Salud 2005, el Gobierno, los Empleadores, los Hogares (gasto de

bolsillo), y la Cooperación Externa fueron las fuentes de financiamiento del 30,7%,

30,5%, 34,2% y 2,6% del gasto en salud. La distribución oficial de establecimientos y

camas al 2005 se muestra en el Cuadro 1.

4

(ENAHO 2005)

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

17

al 48.4%, 16.3%, 14.1% y 21.3% de la población . De acuerdo a las Cuentas

**Cuadro 1 : Distribución de establecimientos y camas por subsector**

Fuente. III Censo de Infraestructura Sanitaria, 2005.

Actualmente se ha descentralizado un conjunto de funciones a los gobiernos regionales

y locales, y se ha previsto que los gobiernos locales participen en la gestión de los

establecimientos de primer nivel de atención, lo que se viene implementando a través

de experiencias piloto. (Resolución Ministerial 1204-2006-SA).

**1.4.**

**Los Actores en el Sistema de Salud**

Los actores se clasifican en :

a) Órgano Rector (MINSA),

b) Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS),

c) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS),

d) Instancia supervisora (SUNASA).

Figura 4 esquematiza los principales actores y sus interacciones..

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

18

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instituciones  Prestadoras | Centros,  Puestos y  Consultorios | Hospitales Públicos  y Clínicas Privadas | Camas |
| MINSA | 86.0 | 32.8 | 50.0 |
| Sanidades FFAA y PNP | 2.0 | 4.7 | 7.6 |
| ESSALUD | 3.0 | 17.6 | 20.7 |
| Privadas | 9.0 | 44.9 | 21.7 |

**Figura 4 : los actores en el sistema de salud**

**1.4.1. Órgano Rector**

El Ministerio de Salud ejerce la rectoría sobre todos los agentes en el sector salud, con

la responsabilidad de establecer las políticas y normas de manera descentralizada y

participativa. Para efectos de la implementación del Aseguramiento Universal en Salud

(AUS) se creó el Comité Técnico Implementador Nacional (CTIN) teniendo como

integrantes, al Ministro de Salud, al Presidente Ejecutivo de EsSalud, Presidente

Regional de Apurímac (en calidad de Representante de los Gobiernos Regionales), y

representantes del Ministerio de Defensa, del Interior, del Seguro Integral de Salud y de

la Asociación de Clínicas Particulares del Perú. El CTIN cuenta con una Secretaría

Técnica, que una vez establecida, conformó once subcomisiones de trabajo para

desarrollar aspectos referidos a la implementación del AUS. A nivel regional,

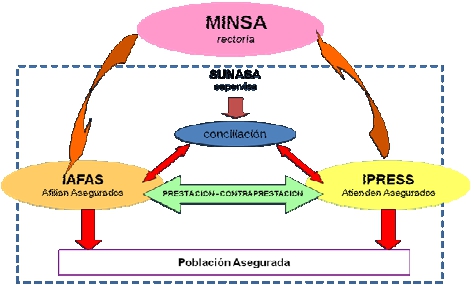
corresponde a los gobiernos regionales conducir el proceso de implementación a través

del Comité Técnico Implementador Regional (CTIR), en armonía con las políticas y

normas del ente rector.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

19



**1.4.2. Las**

**Instituciones**

**Administradoras**

**de**

**Fondos**

**de**

**Aseguramiento en Salud (IAFAS)**

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) son

instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, existentes o por crearse, y deben

estar aprobadas y registradas en la SUNASA. Tienen por función captar y gestionar

fondos para el aseguramiento de las prestaciones de salud. Se ha previsto que las

IAFAS que iniciarán el proceso serán el Seguro Integral de Salud (SIS), Seguro Social

de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía

Nacional de Salud, Entidades Prestadoras de Salud (EPS), Compañías de Seguros

Privados de Salud, entidades que ofrecen servicios de salud prepagadas, autoseguros

y fondos de salud, y otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto

distintas a las señaladas. En ese contexto, el SIS se constituye en la IAFAS más

importante para el proceso de aseguramiento universal.

**1.4.3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)**

Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, existentes o por crearse,

encargadas de prestar los servicios de salud. De manera similar, deben estar

aprobadas y registradas en la SUNASA. El MINSA regula su organización y

funcionamiento, pero además deben contar con la autorización de la SUNASA.

**1.4.4. Instancias Supervisora del Sistema**

Es la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA), encargada de registrar, autorizar,

supervisar y regular a las IAFAS, así como supervisar a las IPRESS. La SUNASA se ha

creado sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud

(SEPS), que ejercía funciones en el subsistema privado (EPS), pero con limitaciones

dado su marco normativo.

La SUNASA, bajo la nueva normatividad, tiene capacidad sancionadora, y puede

establecer sanciones monetarias así como las de suspender o revocar el registro de

IAFAS e IPRESS. Es importante señalar que se ha previsto que la SUNASA regule el

Sistema Nacional de Conciliación y Arbitraje.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

20

**1.4.5. Otros Actores del Sistema**

Un actor estratégico es el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Dentro de su

lógica de rendición de cuentas en inversión racional, ha venido implementando el

Presupuesto por Resultados (PpR), que establece un conjunto de indicadores de

resultado como requisito para la provisión de fondos.

El FISSAL es el Fondo Intangible Solidario de Salud, que también ha sido incluido en

la Ley Marco del AUS y su reglamento, como una IAFAS más, pero encargada del

financiamiento de las enfermedades de alto costo. Bajo la normatividad, el MINSA debe

emitir el Listado de Enfermedades de Alto Costo, para que el FISSAL inicie las labores

encargadas por ley.

**1.5.**

**Evolución de la Institucionalidad**

El proceso de aseguramiento en salud en el Perú se inicia en 1997 con la creación del

Seguro Escolar Gratuito (SEG), un Programa de subsidio público a la demanda, dirigido

a los niños de las escuelas públicas en todo el territorio nacional. Un año después, en

1998, se creó el Seguro Materno Infantil (SMI), otro Programa de subsidio público

dirigido a la población materno-infantil (hasta 4 años de edad) de un conjunto reducido

de regiones y localidades. En el 2001, el gobierno decidió unificar dichos Programas de

subsidio y en enero de 2002 se crea el Seguro Integral de Salud (SIS).

**1.5.1. Afiliación y presupuesto del AUS**

En el Perú, debido a la particular definición de tener al Aseguramiento Universal de

Salud como política estratégica y de alta prioridad, se pueden ya observar datos de

cambios de tendencia. El SIS incorpora la mayor proporción de afiliados desde 2007 y

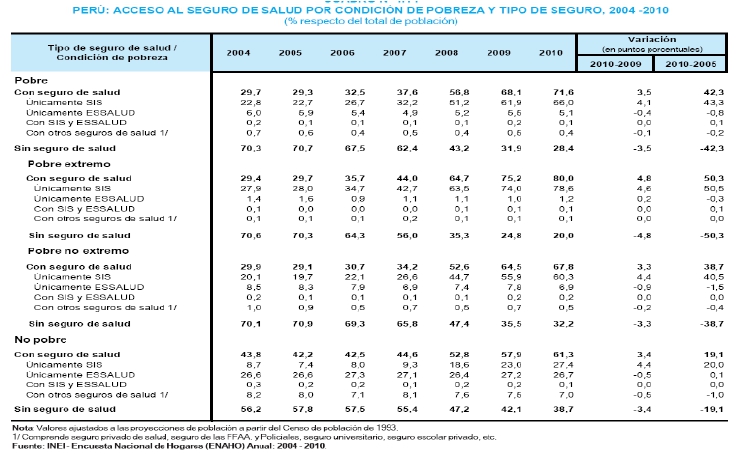
se ubica como el mayor asegurador de salud del país; como se puede observar en el

Cuadro 2 y en la Figura 5.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

21

**Cuadro 2 : evolución de la afiliación por condición de pobreza**



**Figura 5 : Porcentaje de afiliación de la población por tipo de seguro.**

De acuerdo con la ENAHO el numero de afiliados empiezan a confluir con el SIS

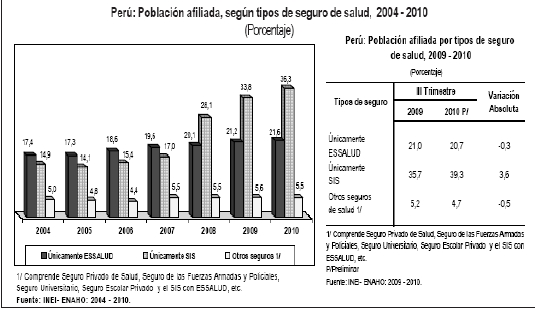
desde el año 2007 (Figura 6). La razón radica en que la ENAHO es la encuesta

nacional de hogares que se levanta anualmente en el Perú, y el SIS antes del año 2007

reportaba en sus registros el numero de contratos emitidos a personas con lo cual una

misma persona a lo largo de un año podía contar con mas de un contrato y a partir del

2007 se lleva un registro de personas aseguradas.



**Figura 6 : Afiliación al SIS. 5**

Para solventar el financiamiento de la salud, el gobierno peruano ha ido incrementado

aportes año con año. En la Figura 7 se observa que para 2011 el presupuesto

planteado es de 4,512 MNS, con un importante crecimiento de casi el 30 % con

respecto al 2010.

**Figura 7: Presentación “Presupuesto del Sector Salud, Año Fiscal 2011. Oscar Ugarte**

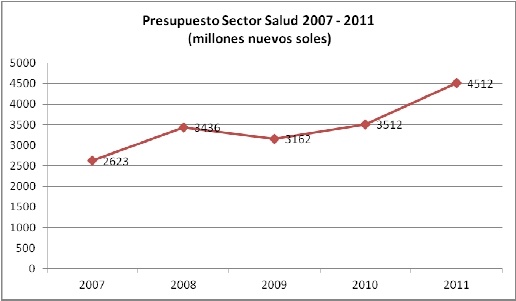
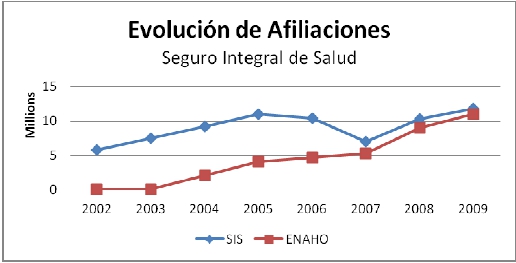
**Ubilluz**

5

Fuente: SIS, ENAHO

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

24



6

3).

**Cuadro 3 : presupuesto SIS 2010-2011**

Fuente: Presentación “Avance de la ejecución fiscal año 2010, Mirada al Presupuesto fiscal 2011” Oficina de

planeamiento y desarrollo SIS

Con el monto presupuestario 2010 se alcanzaba un per capita de 43 nuevos soles, sin

embargo al incrementar a mediados del 2010 en 2,7 millones de afiliados en Lima y

Callao, incluso el nuevo presupuesto incrementado, alcanza tan solo un per capita de

7

asegurador público peruano y para ello deberá incrementar en mayor medida su

presupuesto en concordancia con el crecimiento de asegurados en relación directa con

el incremento de las atenciones que las IPRESS les puedan brindar.

**1.5.2. Evolución del plan de beneficios**

Luego de la ampliación del ámbito de cobertura del componente materno infantil al

nivel nacional, básicamente permanecieron durante varios años los planes de

beneficios heredados de los componentes Ex-SEG y Ex-SMI, correspondiendo a las

prestaciones siguientes: Consulta, Atención por Emergencia, Medicinas, Rayos X y

otros, Laboratorio, Internamiento, Intervención quirúrgica, Odontología, Traslado,

Sepelio

Dichas prestaciones se organizaron en distintos Planes de Beneficio: Plan A para niños

6

7

100 nuevos soles equivalen aproximadamente 36 USD

Representa $13 US dólares anuales a la fecha

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

25

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grupo Genérico de**  **Gasto** | **2010** | | **2011** |
| **PIA S/.** | **PIM S/.** | **PIA S/.** |
| 1. PERSONAL Y  OBLIGACIONES  SOCIALES | 15.885.000 | 15.322.322 | 15.491.911 |
| 3. BIENES Y  SERVICIOS | 5.498.000 | 9.798.000 | 13.892.363 |
| 4. DONACIONES Y  TRANSFERENCIAS | 434.269.400 | 451.738.192 | 497.395.276 |
| 5. OTROS GASTOS | 21.000 | 31.292.729 | 35.051.898 |
| **TOTAL** | **455.673.400** | **508.151.243** | **561.831.448** |

El presupuesto inicial del SIS para 2011 es de 561 millones de nuevos soles (Cuadro

39 nuevos soles . Evidentemente urge que el SIS se fortalezca como el gran

de 0-4 años, Plan B para niños y adolescentes de 5-17 años, Plan C para Gestantes,

Plan D para Adulto en Situación de Emergencia, y el Plan E para Adultos Focalizados

por Ley, incorporados al SIS por decisión política.

En 2007, simultáneamente con la ampliación de la cobertura a adultos se aprobó el

Listado

Priorizado

de

Intervenciones

Sanitarias

(LPIS),

estableciéndose

23

intervenciones priorizadas, cuyo financiamiento es garantizado por el SIS. Dichas

intervenciones priorizadas abarcan

por

primera

vez

los

campos preventivo-

promocional, recuperativo y de rehabilitación de la salud, vinculando a resultados

sanitarios y desvinculándose de los simples actos médicos de la atención.

En noviembre del 2009, se aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud –

PEAS que incluye en su estructura a 140 condiciones, además de un conjunto de

criterios de calidad y oportunidad (“garantías explícitas”).

**1.6.**

Desafíos para el Sistema de Aseguramiento de Salud

**Análisis FODA: Debilidades en el Sistema de**

**Aseguramiento de Salud**

El AUS es una política pública con amplio consenso; sin embargo su implementación, y

en particular la incorporación rápida de grandes cantidades de beneficiarios al AUS

(Lima como piloto de aseguramiento el año 2010) ha puesto a prueba la capacidad del

Estado para planear, financiar, proveer y regular la atención de los beneficiarios. En ese

contexto, es previsible que el sistema de salud deba enfrentar desafíos a diversos

problemas que se vienen detectando, como por ejemplo:

**1. En relación a la cobertura poblacional**

 Accesibilidad compleja para la población, con un atención particular a

poblaciones más vulnerables como indígenas, madres solteras, adolescentes y

mujeres indígenas, trabajadores migrantes.

 Errores de focalización y de actualización de bases de datos (SISFOH)

 Limitaciones en la entrega de DNI a menores

 Financiamiento limitado

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

26

**2. En relación à la Cobertura del plan de beneficios**

 Mecanismo permanente de revisión continua del Plan de beneficios necesita

fortalecerse.

 Débil política comunicacional sobre cambios y revisiones realizadas al PEAS,

que permita que todos tengan el mismo nivel de información.

 Limitado numero de mecanismos/ modalidades de pago que estén vinculados

con metas sanitarias de manera efectiva, y que puedan reemplazar el pago por

tarifa vigente.

**3. En relación a la calidad del aseguramiento**

 Limitaciones en los criterios de “control de calidad” implementados por el SIS

 Acreditación de servicios de salud no se ha iniciado

 Sistema informático del SIS, insuficiente para realizar su tarea con efectividad y

eficiencia

 Problemas en mantener la calidad de la oferta frente al incremento de la

demanda.

 Carencia de recursos humanos, factor que sobresale como crítico en el futuro

mediato y de mediano plazo, para la vigencia del AUS8.

 Limitados mecanismos de capacitación continua y de supervisión.

 Limitado empoderamiento de la población en materias de salud.

**4. En relación al funcionamiento del sistema**

 Limitaciones de las instituciones encargadas del aseguramiento (sistema

informático, temas organizacionales, de gestión, etc.).

 Limitados espacios de coordinación y entendimiento en torno al uso y/o

creación y adopción de herramientas comunes de trabajo para fortalecer la

estrategia.

 Financiamiento insuficiente para la estrategia de aseguramiento universal.

 Débil capacidad de planificación y gestión financiera para el AUS en las

regiones (en proceso de construcción e implementación).

 Sistemas de información e instrumentos de registro institucionales limitados.

8

Ello considerando que en el año 2010 se ha consolidado importantes esfuerzos, estimándose que en

Ayacucho se ha disminuido la brecha de recursos humanos en 88%, en Apurimac en 100%, en Huancavelica

en 55%, en San Martín en 109%, en Loreto 84%, en general total 63%, y que para 2011 se han contratado

5.900 serumistas. (Comunicación MINSA: JUMPA, Manuel, Abril, 12 de 2011)

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

27

 Superintendencia Nacional de Salud en proceso de construcción de

herramientas para la regulación del sector.

**1.7.**

1.6 Desafíos para el Sistema de Aseguramiento de Salud

El AUS es una política pública con amplio consenso; sin embargo su implementación, y en particular la incorporación rápida de grandes cantidades de beneficiarios al AUS (Lima como piloto de aseguramiento el año 2010) ha puesto a prueba la capacidad del Estado para planear, financiar, proveer y regular la atención de los beneficiarios. En ese contexto, es previsible que el sistema de salud deba enfrentar desafíos a diversos problemas que se vienen detectando, como por ejemplo:

1. **Desafíos vinculados a incrementar cobertura poblacional**

* Coadyuvar a mejorar la focalización y la actualización de la base de datos (SISFOH).
* Garantizar un Financiamiento sostenido para el AUS.
* Cerrar la brecha de personas que no cuentan con un seguro de salud priorizando la población en situación de pobreza y pobreza extrema.

1. **Desafíos vinculados a Cobertura del plan de beneficios**

* Ampliar progresivamente el PEAS a fin de que pueda cubrir las necesidades de salud de la población.
* Diseño de mecanismos/ modalidades de pago que estén vinculados con metas sanitarias de manera efectiva, y que puedan reemplazar el pago por tarifa vigente.
* Diseño de nuevos mecanismos de Control sobre reportes de prestaciones efectuadas.

1. **Desafíos vinculados a la calidad del aseguramiento**

* Mejorar el mejorar los mecanismos de resolución de quejas de los asegurados.
* Mejorar los criterios de “control de calidad” implementados por el SIS, que en el 2010 se refieren mas al llenado correcto del formato de atención que a calidad técnica de atención.
* Inicio de la Acreditación de servicios de salud.
* Diseño de un Sistema informático del SIS que pueda realizar sus tareas con efectividad y eficiencia.
* Garantizar una adecuada calidad de servicios en la oferta frente al incremento de la demanda.
* Cerrar paulatinamente la brecha de recursos humanos y generar incentivos adecuados que eviten la alta rotación de los mismos.

**Apoyo belga al sector de salud**

El Programa de apoyo financiero sectorial al Seguro Integral de Salud (PROSIS) fue

ejecutado entre los años 2006 y 2009. Su objetivo específico fue ampliar la cobertura

del SIS, en los departamentos de Ayacucho, Apurimac y Cajamarca, con un costo total

de 27 millones de euros, de los cuales Bélgica aporto 9 millones, destinado

principalmente a cubrir los gastos variables de la prestación de servicios

(medicamentos, insumos, procedimientos, …) para los afiliados al SIS.

El presente programa es la continuación de la política de apoyo belga, con énfasis en el

ámbito técnico. Se complementará con el programa de apoyo presupuestario para el

sector salud en el tema de aseguramiento.

El programa de becas que está previsto acordar para 2011- 2014, tiene como

antecedente un programa basado en becas individuales y actualmente, adicional a las

individuales, se ha establecido becas institucionales. Se establecerá en los

departamentos de Ayacucho, Apurimac y Huancavelica, donde se ha levantado un

diagnóstico de necesidades y posibilidades de asistencia, complementarios con el

programa sectorial.

El Programa integral de lucha contra la violencia familiar y sexual en Ayacucho (2008 –

2012), está orientado a fortalecer las capacidades gerenciales y técnicas del Ministerio

de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES, Gobierno regional de Ayacucho y

municipalidades). Las lecciones aprendidas en este programa servirán de insumo para

mejorar la atención sobre esta temática, en los servicios de salud con los mecanismos

de referencia respectivos, con la ventaja de la temática y es parte del PEAS.

Otras iniciativas que la Cooperación Belga ha apoyado, para generar un fortalecimiento

sinérgico con el ámbito de salud, son temas de seguridad social y derechos laborales,

de investigación, monitoreo y seguimiento al sector aseguramiento y salud en el Perú,

de defensa de los derechos de los asegurados y afiliados mediante organizaciones

como FOS, CIES y Forosalud respectivamente.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

28

**2. ORIENTACIONES ESTRATEGICAS**

**2.1.**

**Estrategia de intervención del Programa**

Las estrategias de intervención del Programa apuntan a consolidar el aseguramiento

universal en salud con el fortalecimiento del financiador público único. Para ello se

establece un conjunto de orientaciones complementarias dinámicas que nos permitan

pasar de una situación inicial base a una situación deseada luego de la intervención del

programa, y estar en empate con los objetivos y resultados esperados, así iremos:

1) De una administración centralizada y jerárquica a un estilo descentralizado y

regulado.

2) De una gestión basada en actividades a procesos orientados hacia resultados

sanitarios

3) De un enfoque de oferta a uno de oferta y demanda

4) De la calidad procedimental hacia la calidad global

5) Hacia un aprendizaje institucional

**2.1.1. De una administración centralizada y jerárquica a un estilo**

**descentralizado y regulado.**

El Perú se encuentra en pleno proceso de descentralización; así en el sector salud se

ha transferido paulatinamente 16 funciones referidas a la Atención Primaria en Salud a

las regiones, y su asignación de recursos financieros correspondiente. Estas

corresponden a funciones ‘esenciales’ (aseguramiento, organización de servicios de

salud y recursos humanos, regulación sectorial, etc.), funciones de conducción política

y sectoriales (políticas, planeamiento, organización institucional, gestión de inversiones)

y funciones de apoyo.

La transferencia de competencias supone un profundo reordenamiento entre el nivel

central y el nivel regional. En cuanto al aseguramiento, requiere de una serie de

adecuaciones organizacionales para optimizar los esquemas de gestión de la

prestación y del modelo de atención. En especial, se requiere mayor precisión en

cuanto a los temas de

regulación, la capacidad de movilizar y asignar recursos

financieros, y la gestión de los recursos en función de las necesidades.

El apoyo se realizará a dos niveles: a nivel central y a nivel regional.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

29

El apoyo a nivel central abarcará aspectos cruciales para el funcionamiento del

sistema: apoyo en afinar normatividad y legislación, mecanismos de coordinación entre

actores, revisión de un mecanismo de financiamiento y pagos fluido, transparente y

previsible, mecanismos de auditoria y control

para la prestación de servicios con

criterios de calidad y accesibilidad, fortalecimiento del sistema informático y.

A nivel regional, el apoyo se centrará en los aspectos de planificación operativa,

seguimiento de las redes de servicio e interrelación entre actores (ODSIS-

prestadores). Este rol es fundamental a efectos de darle consistencia y concreción a

los temas de calidad en los servicios y acceso a la población al aseguramiento de

salud.

**2.1.2. De una gestión basada en actividades a procesos orientados**

**hacia resultados sanitarios.**

El mecanismo de pago actual del SIS está basado en el pago por acto, pago por

servicio y pago por consumo, mecanismos que incentivan la generación de

prestaciones no necesariamente relacionadas con una mejoría en la salud de la

población meta, y con problemas para incorporar controles en los gastos.

El Programa incentivará la aplicación de mecanismos que permitan vincular metas

sanitarias (en términos de morbi-mortalidad, estado nutricional, etc.) con el

cumplimiento de criterios técnicos que permiten su verificación a nivel de actividades,

procesos y resultados intermedios, con su financiamiento respectivo.

Este enfoque debería permitir explorar otras modalidades de pago más sustentables y

vinculadas con el resultado sanitario, por ejemplo el pago per cápita en el primer nivel,

el pago por episodio en el segundo nivel, o un mix de distintas modalidades. La idea en

todo caso es vincular calidad, efectividad y costos.

El énfasis del Programa estará en fortalecer un sistema distrital de salud, que incluya

el nivel ambulatorio básico y su establecimiento de salud

de referencia, en su

cobertura, capacidad resolutiva, buen trato al usuario, con mecanismos efectivos de

referencia y contra-referencia, Para ello, será necesario contar con normas

actualizadas y disponibles en el lugar de uso, así como de mecanismos de capacitación

continua y de auditoria formativa en el terreno. Una atención especial se dará a la salud

sexual y reproductiva, para garantizar el derecho a la atención del embarazo y parto de

calidad, la disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo adolescentes

y población indígena, la atención integral de personas viviendo con VIH/SIDA, etc.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

30

**2.1.3. De un enfoque de oferta hacia uno de oferta y la demanda.**

El sistema de salud ha sido direccionado básicamente a la organización y la gestión de

los servicios de salud, es decir la oferta. El aseguramiento en salud tiene como objeto

garantizar los derechos del lado de la demanda, en términos de acceso, oportunidad,

calidad y financiamiento. El SIS, siendo el aseguramiento con financiamiento del

Estado que subsidia a la población en pobreza y extrema pobreza, depende

básicamente de un sentido profundo de solidaridad en la sociedad, con mecanismos de

redistribución entre ricos y pobres. Estos mecanismos son vulnerables a una voluntad

política implícita o explícita de redistribuir los recursos existentes y dirigirlos hacia los

más necesitados.

La orientación a la demanda exige una atención específica hacia las necesidades de

aquellas personas y grupos más excluidos. Por ello, será importante asegurar

mecanismos que aseguren que la gratuidad, la disponibilidad y acceso a servicios

(incluyendo acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes) y

a medicamentos (incluyendo anticonceptivos y anti-retrovirales) se pongan en práctica,

sin discriminación alguna.

**2.1.4. Desde la calidad procedimental hacia la calidad global.**

En los procedimientos que normalmente se efectúan, a efectos de constatar la calidad

de las prestaciones, se corre permanentemente el riesgo de prestar demasiada

atención sobre aspectos procedimentales - llenado correcto de las fichas para

reembolso de la actividad, adherencia a normas técnicas-, que en sí mismas no reflejan

relación idéntica o equivalente con la calidad del producto sanitario.

Estos aspectos, si bien son importantes y necesarios, no son suficientes para llegar a la

calidad global**910.**

entendida como una filosofía orientada a obtener los mejores

resultados posibles que satisfagan los intereses y las necesidades de quienes

intervienen en ella.

Para ello, es necesario identificar si existen las condiciones básicas de infraestructura,

equipamiento, recurso humano, etc. (lugar limpio y equipado), la verificación del trabajo

en el equipo, si el personal está capacitado y motivación, la probidad de los

procedimientos clínicos, y la satisfacción del usuario.

9

European Foundation for Quality Management. Managing Innovation. Bruselas: EFQM, 1988.

10

M. Zurro, J.F. Cano. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona, 2008. 24:

488-507.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

31

Dentro de cada uno de estos elementos a constatar, el programa promueve un estilo de

supervisión y acompañamiento formativo, integrado, herramientas para constatar la

satisfacción del usuario, y procesos de incorporación de auditoria técnica (médica) que

constate probidad de los procedimientos. Finalmente, promueve la captación de

criterios de calidad desde la perspectiva del usuario y su intervención para alcanzar la

satisfacción del ciudadano.

Todos estos aspectos deben ser realizados por la IAFAS pública SIS para lo cual

requiere capacitar a su personal en esos temas específicos.

**2.1.5. Hacia el aprendizaje institucional**

El aprendizaje institucional e innovación es un elemento central para el programa. En

los hechos, el programa en su conjunto constituye una investigación acción, donde a

cada nivel, los equipos técnicos deberían tomar decisiones razonadas, con actitud

autocrítica y evaluando permanentemente sus resultados,

Contará con las siguientes características.

 De tipo sistémico y colaborativo entre el conjunto de actores

 Orientado hacia las necesidades observadas en la práctica, (vinculando los niveles

estratégicos y operacionales), ya que los aprendizajes y la aplicación de políticas

deben nutrirse de las evidencias y de las experiencias en terreno.

 Los temas de aprendizaje podrán generarse desde la realidad nacional y local, su

objetivo es mejorar los procesos, así como contribuir al logro de los objetivos

institucionales referidos a la cobertura de salud de la población pobre y

extremadamente pobre y mejorar sus niveles de salud.

 Se promoverá la organizarán de conferencias nacionales o internacionales, la

participación en congresos, etc. para discutir temas con relación al AUS.

 Sobre temas específicos, como por ejemplo: mecanismos de pago del AUS, se

pueden implementar grupos de trabajo técnicos a distintos niveles (central /ODSIS),

que incorporen a expertos y que cuenten con estímulos y empuje desde la sociedad

científica nacional e internacional.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

32

**2.2.**

**Actores involucrados**

**2.2.1. Actores involucrados directos**

 Los niveles centrales /nacionales de las entidades participantes en el AUS: SIS,

MINSA, SUNASA, Gobiernos Regionales y Locales :

o

o

o

o

El SIS, en su rol de asegurador del régimen subsidiado, de la población

en pobreza y extrema pobreza, y semicontributivo, y las ODSIS.

El MINSA, ente rector del sector salud.

SUNASA, superintendente del aseguramiento y ente que supervisa las

IAFAS e IPRESS.

Los Gobiernos regionales, DIRESAs, direcciones de planificación,

espacios de concertación técnica y consejos en salud de regiones,

municipios y distritos.

 Población de la zona de intervención directa, aproximadamente 1,8 millones de

habitantes.

 Las redes de salud de la zona de intervención del programa.

En ese orden de ideas las actividades planteadas por el presente documento fortalecen

procesos al interior del SIS que incidirán directamente en los actores del sistema; como

ejemplo, el fortalecimiento en las Oficinas desconcentradas y macroregionales del SIS

permitirán que las regiones obtengan apoyo y respuestas de manera directa a los

diferentes procesos que involucran al SIS como IAFAS y a los Establecimientos de

Salud como IPRESS.

Igualmente se han programado actividades que apoyaran directamente a los Gobiernos

Regionales como son las capacitaciones y el financiamiento de espacios de

coordinaciones entre los diversos actores centrados en los Comités Técnicos

Implementador Regional del Aseguramiento Universal en Salud - CTIR.

**2.2.2. Actores involucrados indirectos**

 Población de otras zonas AUS y del Perú en general

 Instancias de Coordinación (CTIN, CTIR, SETEC entre otros.)

 Otras IAFAS del sector que se benefician de la mejor organización y distribución

poblacional

 Otros proveedores de salud: Sanidad, privados y EPS.

 MEF, financiador del conjunto de actores, con una lógica de vincular financiamiento

con metas sanitarias, y comisión Intergubernamental en salud, como representante

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

33

de los intereses de los Gobiernos Regionales.

 Foro de Actores Belgas en el Perú (FABEP).

 Se establecerán vínculos de coordinación con otras IAFAS además de EsSalud.

Al igual que en el punto anterior se han programado actividades que si bien fortalecen a

los actores del sistema redundan en los actores indirectos como son el diseño y puesta

en marcha del sistema de quejas y reclamos del SIS, que permitirá monitorear los

diferentes problemas que pudieran presentar los afiliados y de esa manera tener una

herramienta que permita mejorar la calidad de la atención en salud.

**2.3.**

**Localización de la intervención**

El programa tiene un accionar importante a nivel nacional, con las instancias

involucradas en el aseguramiento: el SIS, MINSA, SUNASA, y sus instancias de

coordinación.

La zona de intervención directa corresponde a la prioridad del Perú para implementar el

AUS, de acuerdo al grado de pobreza. La población total de esta zona es de 1’800,000

habitantes aproximadamente.

**Cuadro 4 : distritos de intervención por provincia y departamento**

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

34

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Departamento** | **Provincia** | **Distrito** |
| 1. Apurímac | Todas | Todos |
| 2. Ayacucho | Todas | Todos |
| 3. Huancavelica | Todas | Todos |
| 4. Lambayeque | Lambayeque | Salas |
| 5. La Libertad | Sánchez Carrión | Chugay, Cochorco, Curgos, Huamachuco,  Marcabal, Sanagoran, Sarín, Sartimbamba |
| 6. Piura | Piura | La Arena, La Unión, El Talan, Catacaos,  Curamori |
| 7. San Martín | San Martín | El Porvenir, Papaplaya, Chipurana, Huimbayoc |
|  | Lamas | Pongo de Caynarachi, Barranquita |
| 8. Cusco | La Convención | Kimbiri, Pichari, Vilcabamba |
| 9. Junín | Satipo | Mazamari, Pangoe, Río Tambo |
| 10. Cajamarca | Cajamarca | Todos |

**Figura 8: departamentos de intervención**

De forma adicional, el AUS se sigue extendiendo a nuevas zonas de implementación,

como la Frontera Norte del Perú, en este caso en el marco de los acuerdos bilaterales

firmados con Ecuador, sin embargo lo más importante de los últimos meses ha sido la

incorporación de varios distritos en la jurisdicción de Lima y Callao. Es de esperar que

la extensión de cobertura poblacional del AUS se mantenga a futuro.

El Programa Belga, en el afán de focalizar su intervención, mantiene su prelación de

intervención en las zonas priorizadas inicialmente por el AUS, debido a que son las

zonas con mayores carencias, como indicado en el Cuadro 4.

**2.4.**

**Sinergia con otros Programas**

La sinergia con otros Programas de la cooperación se dará de la siguiente manera:

-

En el año 2007 se suscribió el Convenio Marco de Cooperación Técnica

Internacional entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Fondo de Población de las

Naciones Unidas (UNFPA), para financiar actividades de asistencia técnica al

Seguro Integral de Salud por el periodo 2007 – 2010. Se realizaron estudios en

varias Regiones, como parte de las estrategias del SIS para reducir las barreras

geográficas, económicas, sociales y culturales de la población, para el ejercicio

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

35



pleno del derecho a la salud.

-

-

-

El Proyecto EUROPAN con co-financiamiento de la Unión Europea, en el marco del

Proyecto del Convenio de apoyo a los Programas presupuestarios estratégicos

entre el Ministerio de Economía y Finanzas y el Seguro Integral de Salud, a través

del MEF, apotará en temas como las modalidades de apoyo presupuestario en base

a resultados (PpR) y sus instrumentos de aplicación en terreno. Este proyecto

además se implementa en tres departamentos que coinciden con el Programa

belga: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, por lo cual existirá sinergia entre ambos

Programas. La sinergia se expresa en lograr metas de cobertura a madres y niños a

objeto de incidir en bajar la tasa de mortalidad materna- infantil y en apoyar la

afiliación temprana del niño, base de la atención en el sistema

Con el Proyecto POLSALUD con fondos de USAID: en instrumentos técnicos de

planificación y ejecución a nivel de gobiernos regionales, coordinación entre actores

del sector (la mesa de donantes) y apoyo general a las políticas de aseguramiento.

La complementariedad con este programa es fundamental para lograr acceder a

impulsar procesos de difusión instrumental y utilización para el mejoramiento de la

gestión local.

Con el Proyecto PARSALUD, con financiamiento del MINSA, BID y BM, que es un

programa de inversión pública del MINSA, de Cooperación Internacional

Reembolsable, cuyo objetivo principal es apoyar el proceso de modernización y

reforma del sistema de salud, se identificará en detalle que ámbitos colaborativos

complementarios se pueden realizar dentro de sus tres componentes: 1) promoción

a nivel comunitario de prácticas saludables y de mayor uso de servicios, 2) apoyo

en el otorgamiento de atención oportuna y de calidad a la gestante, recién nacido y

niños menores de 3 años en servicios con capacidad resolutiva fortalecida, y 3)

apoyar al MINSA y al SIS, en la instalación de procesos que mejoren su capacidad

11

PARSALUD interviene en los quintiles de mayor pobreza, en las zonas de

intervención del Programa Belga, lo cual genera por lo menos dos ámbitos de

trabajo conjunto, el primero relacionado al mejoramiento de la capacidad de gestión

institucional de la entidades del sector, relacionadas con el AUS, y el segundo, entre

otros que habrá que explorar,

tiene en ejecución una modalidad de formación

continua de Recursos Humanos, con mecanismos de pasantía, diplomado y

especialización, que puede ser aprovechado dentro de las modalidades de

11

Para mayor información en http://www.parsalud.gob.pe/baselegal.aspx).

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

36

de gobernar y financiar, respectivamente, el sistema público de salud .

adiestramiento que se piensa abrir desde el programa Belga para formación de

capacidades del sector.

- Por parte de la Cooperación Belga se iniciarán cuatro Programas, entre los cuales

existen algunos elementos de complementariedad, como visualizado en la Figura 9:

o Apoyo presupuestario destinado al sector salud, focalizado en la política de

diálogo sobre la reforma del AUS, especialmente importante para generar una

dinámica de flujos y mecanismos financieros en el sector salud, establecer un

diálogo técnico en lugar de uno solo político, intercambio de información entre los

dos programas, alimentación de la experiencia del trabajo de campo en apoyo

técnico para alimentar el diálogo político a nivel del apoyo financiero.

o El Programa de Becas: plantea grandes posibilidades de establecer sinérgica

debido en primer lugar a su área de desarrollo, el cual se establece en el área de

intervención del programa de apoyo técnico al aseguramiento, así se tiene una

similar referencia a los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica;

la colaboración se dará sobre todo a nivel regional y local y en el marco del

desarrollo de las capacidades de gestión y planificación descentralizadas; para

iniciar se establecerá un inventario a ser actualizado y evaluado cuando

arranque el programa, se deberá desarrollar criterios de selección con atención

en el AUS,

Dentro de los resultados del programa de Becas, se buscará fortalecer la

colaboración funcional entre los actores clave para impulsar la estrategia AUS, y

dentro de las actividades se subraya el hecho de fortalecer las capacidades

administrativas y técnicas necesarias de sus actores clave. Los aprendizajes

serán compartidos a niveles internacional, nacional, regional y local. También un

eje esencial es la capacitación, recapacitación y re-perfilamiento profesional,

construcción de capacidades, capacitación continua, y a distancia de todos los

actores de manera integrada entre ambos programas (Salud y Becas).

o El Programa de Fortalecimiento a la Política del AUS, apoya al Programa de

Desarrollo Estratégico de los Recursos Naturales (DERN) debido a su

coincidencia de intervención en las mismas Regiones, se prevén impulsar

actividades de monitoreo del uso eficiente de recursos en todos los niveles del

programa, promoción de manejo ambiental apropiado por las redes de salud,

incorporar en aspectos de promoción de la salud de los usuarios, algunos temas

medio ambientales, entre lo más relevante, dentro de la planificación anual de

cada programa deberá contemplarse consultas mutuas entre los dos programas

a efectos de ir considerando aspectos relacionados entre el aseguramiento de

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

37

salud y medio ambiente.

o El Programa Integral de Lucha contra la violencia familiar y sexual en Ayacucho

(2008-2012) de la Cooperación Belga (PILVFS) está orientado a fortalecer las

capacidades gerenciales y técnicas del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social

(MIMDES), el gobierno regional de Ayacucho y las municipalidades. Las

lecciones aprendidas en este programa servirán de insumo para mejorar la

calidad de atención en esta temática en los servicios de salud con sus

mecanismos de referencia respectivos, con la ventaja de que la temática ya es

parte del PEAS.

Apoyo

MEF

presupuestario

AT

Apoyo Pres.

CTIN

MINSA

CTIR

Becas

Diálogo estratégico y

técnico /operacional

SUNASA

SIS

Gob.

Gob. Reg.

nales

Apoyo

Técnico

ATIs Apoyo

UFP

Técnico

Soc. Civil

Cooperación Internacional

Flujos Técnicos

Flujos financieros

**Figura 9 : Interacción y complementariedad entre actores y modalidades de**

**apoyo belga en el aseguramiento en salud del Perú**

Los mecanismos de coordinación con la cooperación internacional se realizarán en

el espacio de la mesa Interagencial en Salud y mediante reuniones de trabajo y

comunicación permanente, así como a través

de visitas conjuntas de varios

donantes a las zonas de intervención del Programa. Se enfocará las dinámicas a la

generación y utilización de mecanismos comunes, que enriquezcan y aprovechen lo

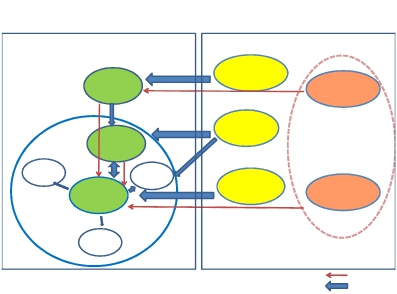
ya existente, a favor de una potenciación nacional y regional. Así mismo, se buscará

un proceso sinérgico con los integrantes del FABEP, de manera que las iniciativas

financiadas desde el Reino de Bélgica, confluyan con objetivos comunes.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

38



Regio

**3. PLANIFICACION OPERACIONAL**

Como se describe en el marco estratégico previo, este programa se desarrolla bajo la

visión de apoyar la construcción de un sistema, cuyas interrelaciones funcionales e

institucionales permitan una sinergia virtuosa para que se logre mejorar la situación de

salud de los peruanos, bajo un enfoque de derecho ciudadano, en el cual se rescata

tanto el acceso a servicios que a la calidad de las prestaciones otorgadas.

El punto de entrada es el SIS, cuya población objetivo es la población pobre, y cuyo

reforzamiento contribuye al fortalecimiento del sistema de seguridad social peruano en

su conjunto.

**3.1.**

**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.

**3.2.**

**Objetivo Especifico**

Al 2016, 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.

**3.3.**

**Resultados**

**Resultado 1: Se ha extendido la cobertura efectiva de la población a un sistema**

**de aseguramiento de salud, especialmente de los que se encuentran en situación**

**de pobreza.**

**Resultado 2: Se ha ampliado de manera gradual la cobertura efectiva de las**

**prestaciones de salud.**

**Resultado 3: Se ha mejorado la calidad de las prestaciones, ligada a objetivos**

**sanitarios.**

**Resultado 4: Se ha fortalecido el SIS en el marco del AUS.**

Los resultados planteados eligen un enfoque técnico con incidencia particular en el

fortalecimiento de las funciones e instituciones, y una clara definición de rectoría,

aseguramiento, provisión y financiamiento. Dentro de una estrategia global para lograr

un aseguramiento universal, al enfocar en la proporción de población con mayores

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

39

carencias de ingresos y activos, los resultados están orientados a incidir en la

problemática de acceso, de plan de beneficios cubiertos y de calidad.

**3.4.**

**Actividades**

El apoyo a la realización de los grupos de actividades que se describen a continuación,

derivan del análisis de la situación y de la problemática encontrada durante la misión de

formulación. No pretenden de ninguna manera ser pasos a seguir fielmente, sino ser

una indicación de una lógica de intervención, que necesariamente tendrá que ser re-

interpretada y reelaborada en conjunto con todos los actores y en función de la

evolución del contexto. Se espera que este esfuerzo de actualización y reorientación se

realice de manera primordial en la fase de arranque del Programa, y de manera

periódica (anual y semestral), en la fase operativa. Por ello, se propone que el equipo

del programa impulse la elaboración de un plan de comunicación del DTF, en la fase de

arranque, para asegurar la comprensión común y la apropiación del DTF por todos los

actores en el cumplimiento de sus roles, incluyendo los compromisos y retos para cada

uno de ellos. Los recursos financieros están detallados en el presupuesto (Anexo 7.1)

y en el Marco lógico 7.1).

**Resultado 1: Se ha extendido la cobertura efectiva de la población a**

**un sistema de aseguramiento de salud, especialmente de los que se**

**encuentran en situación de pobreza.**

Uno de los temas fundamentales es el acceso efectivo de la población peruana a la

atención de su salud en los niveles que requiera. Puesto que el aseguramiento se está

extendiendo todavía, los mecanismos de afiliación nacionales y de manejo y

administración de la base de datos se están creando o afinando.

Los temas por tanto que ese resultado debe impulsar a través de sus actividades son:





Contar con una base confiable de las personas que tienen derecho al régimen

subvencionado, de acuerdo a parámetros establecidos a nivel nacional,

evitando filtraciones, duplicaciones y subcobertura. Con ello se vigencia el

principio de equidad y de solidaridad.

Tener una cobertura nominal completa y cobertura efectiva en crecimiento.

Las actividades planeadas bajo ese resultado son las siguientes:

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

40

**Actividad 1: Implementar un plan de incentivos para incrementar las afiliaciones**

**en regiones de pobreza y extrema pobreza**

Con fin de garantizar el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud de las

personas pobres y extremadamente pobres que no cuentan con un seguro de salud.

**Tareas:**









Análisis de experiencias exitosas de aseguramiento en salud en el exterior

Diseñar un plan de incentivos, promoviendo la afiliación oportuna de los recién

nacidos.

Desarrollo del Plan de incentivos,

Evaluación del plan de incentivos

**Actividad 2. Monitorizar la afiliación de las mujeres en edad fértil de la población**

**objetivo en regiones en condiciones de pobreza y extrema pobreza**

Como parte del cumplimiento de una de las metas del milenio, es necesario monitorear

de manera especial el aseguramiento de este grupo objetivo.

**Tareas:**







Determinar las brechas de aseguramiento de mujeres en edad fértil pobres y

extremadamente pobres a nivel nacional

Establecer metas periódicas de afiliación de MEF a nivel nacional

Monitoreo y evaluación de las metas en forma periódica a nivel nacional.

**Resultado 2: Se ha ampliado de manera gradual la cobertura**

**efectiva de las prestaciones de salud.**

Uno de los temas más complejos a medida que avanza una estrategia de

Aseguramiento Universal, en términos del esquema subsidiado, constituye el ajuste

permanente de la llamada cobertura vertical, es decir el Plan de beneficios de una

sociedad determinada.

12

debido a que sus factores de ajuste son al menos: 1) el perfil de morbi-mortalidad

nacional y regional; 2) el costo, línea de restricción presupuestaria o límite de recursos

12

Renovado con Resoluciones jefaturales 133 y 134-2010-J

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

41

Para el caso peruano con el PEAS renovado , el tema es complejo por partida triple

financieros con que cuenta el Perú, y; 3) la tecnología sanitaria seleccionada para dar

respuesta técnica a los problemas de salud encontrados. Los tres criterios que se

conjugan y varían permanentemente requieren intervenciones concretas y efectivas

para su éxito, que deben ajustarse de manera periódica.

Las actividades planeadas bajo ese resultado son las siguientes:

**Actividad 1: Implementación de mecanismos de pago y realización de ajustes**

Se apoyará la creación de nuevos mecanismos de pago que permitan ser más

eficientes en el gasto y lograr la mejora de la situación de salud de los asegurados SIS.

**Tareas:**











Análisis de experiencias exitosas de financiamiento en salud en el exterior.

Análisis de la situación de salud de departamentos del país con niveles

más altos de pobreza y aquellos con los peores indicadores sanitarios.

Diseñar un plan de aplicación de mecanismos de pago a nivel nacional.

Desarrollo del Plan de aplicación de mecanismos de pago.

Evaluación y monitoreo del plan de mecanismos de pago

**Actividad 2 : Estudios y propuesta para la creación del fondo de operación del**

**Seguro Subsidiado y semi contributivo.**

Se pretende buscar sostenibilidad financiera al aseguramiento público creando fondos

intangibles que permitan su financiamiento en el tiempo.

**Tareas:**







Elaboración de la propuesta para la creación de los fondos del Seguro

Subsidiado y Semicontributivo para aprobación.

Preparar el sustento legal necesario para la creación de los fondos de los

seguros.

Creación del fondo de reserva del seguro

**Actividad 3 : Elaboración de los instrumentos financieros para la administración**

**de los fondos del Seguro.**

Pretende apoyar la introducción de mecanismos económicos para generar una buena

gestión de los fondos de seguros.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

42

**Tareas:**









Realizar una consultoría para la creación de herramientas financieras para

la administración de fondos

Creación del Comité de Inversiones en el SIS

Elaboración de informes periódicos de las inversiones

Evaluación y monitoreo periódico del crecimiento de los fondos de reserva

de los seguros.

**Actividad 4 : Elaboración de tarifas para las prestaciones del II y III nivel de**

**atención**

Busca crear tarifas de prestaciones que permitan que el prestador pueda recuperar

todo lo gastado pero de forma eficiente.

**Tareas:**











Realizar estudios de costos de las prestaciones mas frecuentes en el II y III

nivel de atención.

Propuesta de tarifas para las principales prestaciones.

Socialización de la propuesta de tarifas a los EESS, ajuste de los mismos

previo análisis.

Aprobación de las tarifas.

Monitoreo y evaluación periódica de las tarifas.

**Actividad 5 : Generación de convenios con entidades públicas y privadas para**

**intercambio de prestaciones.**

Se apoyará el desarrollo de convenios con entidades para generar nuevos y creativos

esquemas de contratación que permitan que las IAFAS públicas y privadas se

relacionen de manera adecuada, complementando su cobertura, con énfasis especial

en la población en pobreza y extrema pobreza. En estos convenios los mecanismos de

pago descritos anteriormente juegan un rol fundamental.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

43

**Tareas:**





Apoyar en el desarrollo de convenios con la propuesta de nuevos

esquemas de contratación y configuración de redes interinstitucionales de

provisión, tomando en cuenta temas jurídicos, tipos de instrumentos para

acuerdos, temas financieros y de auditoria y control de estándares técnicos

de atención.

Propuesta, negociación, ejecución y evaluación de los convenios firmados.

**Resultado 3: Se ha mejorado la calidad de las prestaciones, ligada**

**a objetivos sanitarios.**

El tema de mayor complejidad en un modelo de aseguramiento universal de salud es el

de garantía de la calidad. Para el caso peruano, significa no solo la emisión de

normativa y estándares adecuados, sino también cerrar las brechas de recursos

básicos necesarios para una prestación de calidad, es decir incremento de recursos

destinados a la atención, y adicionalmente la generación mediante incentivos positivos

y negativos de una cultura de oferta con calidad. Siendo esto último un proceso que

requiere acompañamiento, seguimiento, calificación, tecnificación y convencimiento.

Los temas por tanto que el Resultado debe abordar a través de sus actividades son:







Afectación positiva de la efectividad de la atención, mediante medios diversos:

recursos financieros, humanos, medicamentos, tecnología, etc.

Cultura de la Oferta con estándares de calidad incrementales y ruptura de

paradigmas de que la falta de recursos económicos impide el mejoramiento de

las prácticas profesionales.

Cultura de la demanda con apego a visión de derecho ciudadano, a una

atención digna.

Las actividades planeadas bajo el resultado son las siguientes:

**Actividad 1: Desarrollar un sistema de información a los asegurados respecto a**

**las coberturas, condiciones y limitaciones del contrato para los regímenes de**

**financiamiento subsidiado y semicontributivo.**

Como parte de la obligación de las IAFAS de contar con mecanismos que preserven los

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

44

derechos de los asegurados, la IAFAS pública SIS deberá desarrollar un sistema de

información a los asegurados respecto a las coberturas, condiciones y limitaciones del

contrato para los regímenes de financiamiento subsidiado y semicontributivo.

**Tareas**











Análisis de alternativas de mecanismos de información a los asegurados.

Elección de alternativa y diseño del sistema.

Pruebas y ajustes del sistema.

Sistema puesto en producción.

Mantenimiento del sistema.

**Actividad 2: Implementar el Centro de Atención al asegurado a nivel nacional.**

Como parte de la obligación de las IAFAS de contar con mecanismos que preserven los

derechos de los asegurados, la IAFAS pública SIS deberá implementar un Centro de

Atención al asegurado de ámbito nacional que permita la absolución tanto de consultas

como de quejas generadas durante los procesos de afiliación o atención de asegurados

SIS.

**Tareas**





Elaboración de los estudios previos para la implementación del Centro de

Atención al Asegurado SIS.

Implementación del Centro de Atención al Asegurado SIS.

**Actividad 3: Mejoramiento del sistema de información a los prestadores.**

A fin de optimizar la identificación oportuna de los beneficiarios, acelerar los procesos

de afiliación, acreditación del asegurado, identificación socio económica de la

población, diagnósticos, planes, procedimientos de atención y otros, el SIS debe

mejorar los procedimientos de retroalimentación a los prestadores de manera que les

permita tomar decisiones en forma eficiente y oportuna.

**Tareas**





Análisis de la situación de la retroalimentación a los prestadores de los diversos

procesos que desarrolla el SIS a nivel nacional como IAFAS pública.

Elaboración de las propuestas de mejora de dichos procedimientos.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

45





Ejecución de la propuesta.

Evaluación de los resultados mediante encuestas de satisfacción al prestador

sobre la información entregada.

**Actividad 4: Implementar un plan de incentivos para el mejor desempeño del**

**prestador.**

Con fin de garantizar el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud de las

personas aseguradas a la IAFAS pública.

**Tareas:**









Análisis de experiencias exitosas de mejoramiento del desempeño del

prestador en el exterior y el interior del país.

Diseñar un plan de incentivos que incluya indicadores de desempeño basados

en la realidad de cada región.

Desarrollo del Plan de incentivos.

Evaluación del plan de incentivos.

**Actividad 5: Desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento en control y**

**evaluación de prestaciones.**

A fin de mejorar el proceso de atención de los asegurados SIS, es necesario mejorar

los procesos de control y evaluación de prestaciones de manera que evalúen aspectos

diferentes al registro de la atención.

**Tareas**







Análisis de los procesos de control y evaluación del SIS actuales.

Desarrollo de la propuesta de mejora de procesos de control y evaluación del

SIS.

Implementación de la propuesta de mejora de procesos de control y evaluación

del SIS.

**Actividad 6: Generación de capacidades para mejorar los mecanismos de**

**supervisión y control prestacional.**

A fin de mejorar el proceso de atención de los asegurados SIS, es necesario mejorar

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

46

las competencias de los recursos humanos que laboran en las ODSIS y el SIS central

en relación a los mecanismos de supervisión y control de prestaciones.

**Tareas**









Desarrollo del plan de capacitación para las ODSIS a nivel nacional.

Ejecución y seguimiento del plan.

Evaluación de las competencias adquiridas posterior a la ejecución del plan.

Elaboración de indicadores de resultado.

**Actividad 7: Generación de capacidades de ~~la Unidad de~~ Financiamiento: en**

**supervisión, liquidación, monitoreo y evaluación del gasto en su ámbito de**

**trabajo, en las Regiones del Programa.**

Con el fin de generar el desarrollo integral, armónico y sostenible de las regiones del

país, mediante el traslado de competencias y funciones del SIS a las sedes

macrorregionales.

**Tareas**









Desarrollo del plan de capacitación de las unidades de financiamiento de las

sedes macrorregionales.

Ejecución y seguimiento del plan.

Evaluación de las competencias adquiridas posterior a la ejecución del plan.

Elaboración de indicadores de resultado.

**Actividad 8: Desarrollo de encuestas a nivel nacional para medir el grado de**

**satisfacción de los asegurados y el conocimiento de los prestadores.**

Como parte de la obligación de las IAFAS de contar con mecanismos que preserven los

derechos de los asegurados, la IAFAS pública SIS utilizará diversos instrumentos, entre

ellos las encuestas de satisfacción de los asegurados y encuestas para medir el grado

de conocimiento de procesos operativos SIS a los prestadores.

**Tarea**





Elaboración del plan de trabajo para la ejecución de la línea de base del grado

de satisfacción de los asegurados.

Elaboración del plan de trabajo para la ejecución de la línea de base del grado

de conocimiento de procesos operativos SIS de parte de los prestadores.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

47









Elaboración de las encuestas para establecer la línea de base del grado de

satisfacción de los asegurados.

Elaboración de las encuestas para establecer la línea de base del grado de

conocimiento de procesos operativos SIS de parte de los prestadores.

Procesamiento de la información.

Publicación de los resultados.

**Actividad 9: Capacitar al personal de la ODSIS y regiones del programa.**

Para fortalecer las competencias del personal de las ODSIS del programa y de los

prestadores a su cargo, mejorando los procesos relacionados con el SIS.

**Tareas**











Realizar el análisis situacional de necesidad de capacitación en ODSIS y

prestadores relacionados a procesos operativos SIS.

Elaborar un plan de capacitación para ODSIS.

Elaborar un plan de capacitación para prestadores.

Ejecución de los planes de capacitación.

Monitoreo y evaluación del impacto del desarrollo de los planes de capacitación

sobre la generación de competencias.

**Actividad 10: Implementación y equipamiento de las Sedes Macrorregionales**

Para fortalecer las coordinaciones entre el SIS, las ODSIS y las regiones así como

mantener un monitoreo más cercano de los procesos operativos SIS en forma

descentralizada.

**Tareas**









Designación de las Sedes Macrorregionales SIS.

Designación de los Representantes de las Sedes Macrorregionales SIS.

Elaboración del diagnóstico y cuadro de necesidades por sede macrorregional.

Análisis de necesidades y equipamiento de las sedes macrorregionales SIS.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

48

**Resultado 4: Se ha fortalecido el SIS en el marco del AUS.**

El sistema de protección social en salud para la población pobre y extremadamente pobre, no

puede ser desarrollado adecuadamente sin que los distintos actores relacionados al Aseguramiento Universal en Salud – AUS interactúen de manera adecuada, ejerciendo el rol que les corresponde, es así que el MINSA como ente rector dirige y traza las políticas en el sector; las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), asegurando a la población del país según los regímenes de salud que administran y velan por un adecuado uso de los fondos encomendados para la atención de salud de su población; las instituciones prestadoras de servicios en salud (IPRESS) quienes tienen a su cargo la atención de los asegurados, quienes deberán contar con una red adecuada de EESS y con un sistema de referencias y contrareferencias; y finalmente la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASSA), ente supervisor y fiscalizador de las IAFAS y las IPRESS a fin de que cumplan con brindar un servicio adecuado a los asegurados del sistema.

perdurable para todos los peruanos.

El sector salud y el avance de la estrategia de aseguramiento universal de salud,

encuentran todavía vallas que superar en materia de recursos (humanos, infraestructura, competencias), a esto se ha añadido el reordenamiento político administrativo que se viene dando desde el año 2006, en donde el nivel nacional ha cedido, competencias y recursos a los niveles regionales y locales, con el afán de dar impulso a la descentralización, este último cambio si bien generó traslado de recursos financieros, no genero en sus inicios un acompañamiento adecuado de las competencias de los recursos humanos de la región, para que pudieran asumir un adecuado manejo en la gestión.

Por ello es de suma importancia el fortalecimiento del SIS como único financiador público de las prestaciones de salud de la población más vulnerable del país, en sus relaciones e interaccciones con los demás agentes del AUS involucrados (MINSA, otras IAFAS, IPRESS Públicas, SUNASA).

Los temas por tanto que el Resultado debe abordar a través de sus actividades son:







Apoyar la identificación y fortalecimiento de roles institucionales

Fomentar el establecimiento y mejoramiento de relaciones interinstitucionales

entre organizaciones que cumplan las funciones de aseguramiento (IAFAS) y

de provisión (redes del MINSA, EsSalud, etc.)

Impulsar la creación de espacios, mecanismos y herramientas de trabajo

sistémico interinstitucional.



Fortalecimiento de

las

capacidades institucionales,

organizacionales

e

individuales



Impulsar la comunicación y tecnología de la información.

Las actividades planeadas bajo el resultado son las siguientes:

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

49

**Actividad 1. Implementación de un Plan de comunicación a nivel nacional**

Se persigue romper la asimetría de información del usuario y mejorar con ello su

acceso efectivo al sistema.

**Tareas:**



Apoyar el diseño y aplicación campaña de afiliación y difusión del AUS con

estrategias por grupo objetivo.



Apoyar el desarrollo

y montaje del

sistema de promoción y captación de

quejas



Apoyar la difusión de la existencia y funcionamiento del sistema

de

aseguramiento, sus ventajas y derechos, así como obligaciones, se incluirá

también la creación de un sistema de quejas.

**Actividad 2: Generación de Capacidades de la IAFAS SIS en Aseguramiento**

**Público**

Se facilitara el fortalecimiento de las capacidades institucionales del SIS; por ejemplo

se acompañará en los cambios en el organigrama del SIS, propiciando adiestramiento

específico de sus cuadros para un desempeño más efectivo en su rol de asegurador

nacional. Se apoyará el fortalecimiento de las destrezas y capacidades del equipo

técnico. Se impulsarán otros espacios técnicos según necesidad, para fortalecer los

niveles organizacionales del AUS.

**Tareas:**











Realizar un estudio situacional de la IAFAS SIS estableciendo su problemática

actual, determinando sus limitaciones y las habilidades a desarrollar.

Elaborar el nuevo organigrama, ROF y MOF institucional.

Desarrollo de planes de acción para adquirir las habilidades consideradas

primordiales.

Evaluación y monitoreo periódico de los planes de desarrollo de habilidades de

gestión institucionales.

Desarrollo de seguimiento científico en alianza entre un instituto académico

nacional y un instituto internacional

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

50

**Actividad 3: Capacitación del personal del SIS para el desarrollo de mecanismos**

**de pago, esquemas de intercambio prestacional, evaluaciones económicas y**

**epidemiológicas, y gestión de seguros de salud.**

Busca capacitar al personal SIS encargado de la valorización y pago de las

prestaciones de salud en temas imprescindibles para una buena gestión financiera.

**Tareas:**













Elaboración de un plan de capacitación del personal clave con el objetivo de

generar habilidades en el trabajo

Evaluación previa de los conocimientos del personal encargado de la cadena

de valorización y pago a nivel central y ODSIS, elaboración de un diagnostico

situacional.

Capacitación del personal seleccionado.

Evaluación de los temas de la capacitación, reforzamiento de los temas que no

quedaron claros.

Monitoreo y evaluación periódica del aprendizaje de los capacitados,

evaluación de la adquisición de habilidades.

Evaluación del plan de capacitación

**Actividad 4 : Fortalecimiento de los sistemas informáticos.**

Para facilitar la automatización de los procesos operativos, optimizar la identificación

oportuna de los beneficiarios, acelerar los procesos de afiliación, acreditación del

asegurado, identificación socio económica de la población, diagnósticos, planes,

procedimientos de atención y otros necesarios para la toma de decisiones en el SIS

como IAFAS pública.

Por parte del SIS, implica también la renovación y actualización de hardware, software,

licencias y capacitación del personal, para lograr un nivel operativo efectivo y eficiente

como el principal asegurador público del país.

**Tareas**



Dotación de equipos de cómputo óptimos a las ODSIS y oficinas de la IAFAS

pública vinculadas con el proceso de aseguramiento universal en salud,

incluyendo la renovación de hardware y software actual, compra

y

mantenimiento de licencias de acuerdo a evolución del AUS, conectividad

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

51

eficiente para procesos de aseguramiento, entre otros.

**3.5.**











Capacitación y recapacitación informática a personal del SIS, con compromiso

de permanencia.

Establecimiento de procesos y metodologías para desarrollo y gestión de la

calidad en el desarrollo y mantenimiento de aplicativos.

Establecimiento de líneas dedicadas con los principales socios estratégicos del

SIS (Reniec, BN, etc.).

Mejoramiento de la demanda atendida de generación de llamadas de voz hacia

la red telefónica pública.

Mejoramiento de la demanda atendida de generación de llamadas de voz entre

la ODSIS y sede central.

**Indicadores y Medios de Verificación**

Se señala que el programa contara con un experto especial, especializada en

Monitoreo y Seguimiento (ver 7.6.4). El experto participara al estudio de línea de base

de la fase de arranque, objetivando la calidad de los indicadores, la valor de inicio y las

metas.

**3.5.1. A nivel de Objetivo General (OG)**

Se proponen indicadores de resultado (IR) que combinen las prioridades del

aseguramiento con la tendencia materno-infantil, dando

indicadores de mediano y largo plazo de los ODM.

también seguimiento a







Tasa de mortalidad materna

Tasa de mortalidad infantil

Prevalencia de desnutrición crónica infantil.

**3.5.2. A nivel de Objetivo Específico (OE):**

Se proponen un indicador de resultado (IR) que demuestra el éxito en la focalización de

la población objetivo así como la efectividad del gasto del SIS.



% de Gasto de Bolsillo en Salud de la población pobre o

extremadamente pobre

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

52





Percepción del acceso a los servicios de Salud en población

geográficamente excluida

Percepción del cumplimiento de las garantías explicitas en el PEAS con

enfoque de genero

**3.5.3. A nivel de los Resultados Esperados.**

Resultado 1: Se ha extendido la cobertura efectiva de la población a un sistema de

aseguramiento de salud, especialmente de los que se encuentran en situación de

pobreza.





% de cierre de brecha de cobertura en el aseguramiento de la población

objetivo en situación de extrema pobreza y pobreza.

% de cierre de brecha de cobertura de mujeres en edad fértil

perteneciente a la población objetivo aseguradas.

Resultado 2: Se ha ampliado de manera gradual la cobertura efectiva de las

prestaciones de salud.



% de diagnósticos CIE 10 que pasan de Cobertura Extraordinaria a

PEAS o Plan Complementario



%

de

condiciones

asegurables

implementadas

de

acuerdo

a

programación del MINSA



% de enfermedades de alto costo que pasan de Cobertura Extraordinaria

a listado FISSAL.

Resultado 3: Se ha mejorado la calidad de las prestaciones, ligada a objetivos

sanitarios.





% de prestaciones rechazadas

% de cumplimiento de garantías explicitas de los establecimientos de

salud que atienden afiliados SIS.

Resultado 4: Se ha fortalecido el SIS en el marco del AUS.





% de conocimiento efectivo del SIS

% de Incremento de afiliados que cuenta con DNI registrado en la base

de datos

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

53

**4. RECURSOS NECESARIOS**

**4.1.**

**Recursos financieros**

La suma total del Programa asciende a dieciséis y medio millones de euros

(16,500.000 EUR).

**a. Contribución Local**

La contraparte peruana se ha establecido en tres millones de euros (3,000.000 EUR) y

son aportes del Seguro Integral de Salud.

**Cuadro 5 : contraparte local**

**CONCEPTO**

**ADMINISTRATIVOS**

Remuneraciones

Alquiler de local

Supervisiones y auditorias

Material de escritorio (UDR)

Servicio de limpieza (UDR)

Servicio de seguridad (UDR)

**SUB TOTAL UDR**

Supervisiones nacionales

Remunerac Central

Alquiler central

Bienes y Servicios Central

Servicios Central

**SUB TOTAL SEDE CENTRAL SIS**

**EQUIPAMIENTO**

Computadoras UDR

Gastos de Impresoras

Gastos de Scanner (se considera equipos UDR )

Gastos de Fax

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

**EUROS**

€ 192.000

€ 691.200

€ 256.000

€ 460.800

€ 172.800

€ 230.400

**€ 2.003.200**

€ 64.000

€ 230.400

€ 123.200

€ 19.500

€ 9.700

**€ 446.800**

€ 72.000

€ 56.000

€ 55.573

€ 8.960

54

Mobiliario básico

Mobiliario básico de atención al público

Cableado óptico de redes internas del SIS

**SUB TOTAL**

**CAPACITACION**

Capacitación a las UDR

Capacitación a Sede Central

Pasajes y viáticos

**SUB TOTAL**

**MANTENIMIENTO**

Mantemiento de equipos

Manternimiento de ifraestructura

**SUB TOTAL**

**INFRAESTRUCTURA**

Mobiliario automotriz

**TOTAL**

€ 24.000

€ 16.800

€ 66.667

**€ 300.000**

€ 64.000

€ 12.000

€ 24.000

**€ 100.000**

€ 67.867

€ 28.800

**€ 96.667**

**€ 53.333**

**€ 3.000.000**

**b. Contribución Belga**

La contribución Belga al Programa de apoyo institucional es de trece y medio millones

de euros (13, 500,000 EUR), por un período de 6 años.

La lógica de la estructura presupuestaria de la cooperación, detallada en la matriz

presupuestaria anexa, refuerza los cuatro componentes técnicos que se busca

impulsar.

Los principales gastos por cada resultado se concentran en los procesos, que

básicamente buscan interrelacionar y coordinar el sistema, fortalecer capacidades,

esquemas y herramientas innovadoras y sistemas de información efectivos para la

consolidación del Aseguramiento Universal en el Perú.

Es importante dejar indicado que los rubros presupuestarios son atribuidos en base de

lineamientos detallados en las matrices de actividades y medios, esto significa que

deberán ser rediscutidos y adaptados anualmente, respetando los ejes estratégicos de

los resultados trazados en este DTF. Los planes anuales deberán considerar

adicionalmente el ensamble de recursos para las intervenciones definidas.

Con respecto a los Gastos Generales, estos contemplan lo siguiente :

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

55

El presupuesto para el Programa de fortalecimiento del Sistema de Aseguramiento

Universal, prevé su funcionamiento para un período de 5 años. A pesar que múltiples

actividades tienen que desarrollarse dentro del primer año, incluyendo la etapa de

arranque, en el primer año se ha buscado ponderar las posibilidades de acción y se ha

estimado un modesto 14 %, en los años siguientes el porcentaje se acrecentará.

BUDGET

**Año 1**

**Año 2**

**Año 3**

**Año 4**

**Año 5**

**Año 6**

TOTAL

**13.500.000**

**1.487.000**

**12.013.000**

**2.216.675**

**292.200**

**1.924.475**

**4.762.914**

**284.700**

**4.478.214**

**2.928.128**

**312.700**

**2.615.428**

**2.544.144**

**284.700**

**2.259.444**

**1.048.139**

**312.700**

**735.439**

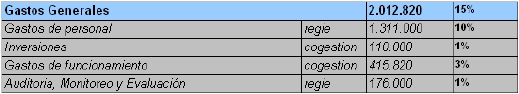
**0**

**0**

**0**

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

56



**4.2.**

**Recursos humanos**

**4.2.1. Personal de apoyo**

El compromiso de la contraparte peruana es garantizar personal de nivel eficiente a lo

largo de la duración del programa.

El personal por categoría se especificará a continuación:

Personal de Gestión Técnica: Estará compuesto por un ATI Co-director internacional

que tiene también funciones técnicas. Adicionalmente se contará con un Director

Nacional, contratado por el SIS.

El Co-director internacional y El Director Nacional deben ser profesionales de alto nivel,

con experiencia en ámbitos de economía de la salud, salud pública, seguridad social, o

afines. La selección debe ser por concurso público, rigurosa para garantizar contar con

excelentes profesionales, por la duración del Programa, 5 años.

Los directores serán asistidos por el RAF y un experto en M&S. La división de tareas

entre el director/codirector y el RAF será como sigue.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tema** | **Responsabilidades del director/**  **codirector** | **Responsabilidades del RAF** |
| Decisiones  estratégicas y  operacionales | Toma de decisiones de acuerdo a la  experticia sectorial de la dirección del  programa | Apoyo para la verificación de las  implicaciones presupuestarias |
| Adquisición de  bienes | Estimación de las necesidades y  preparación de la lista de bienes a  adquirir  Firma del pedido previa su revisión. | Estimación de costos, verificación  de disponibilidad financiera,  preparación del pedido. |
| Contabilidad y  seguimiento  financiero | Revisión de los documentos contables  presentados por el RAF y aprobación  final | Supervisión periódica de la  contabilidad, consolidación de  cuentas; operaciones bancarias… |
| Reportes | Redacción de los informes de  actividades.  Revisión con el RAF de los informes  financieros y de los consolidados,  aprobación final | Preparación del informe  financieros mensual (trimestral,  semestral, anual) y de los  informes consolidados. |

Personal administrativo y de apoyo: responsable administrativo financiero, un experto

en monitoreo y seguimiento, un contador, una secretaria y un chofer son contratados

por la CTB en Regie y son por la duración del Programa, 5 años.

Experticia Puntual o Intermitente: Para necesidades específicas identificadas se

considera

un

rubro

global

para

contratar

expertos

nacionales/regionales

o

internacionales.

Seguimiento Científico : Se considera para el apoyo local y para el aprendizaje sectorial

compartido interno a instituciones académicas nacionales que lo aseguren, y apoyen la

investigación

acción

realizada

por

los

equipos

dentro

del

programa.

Este

acompañamiento de documentación y capitalización de la experiencia se inscribe bajo

una línea denominada “generación de capacidades de la IAFAS, SIS en aseguramiento

publico”, cuyo manejo será en Cogestión.

Se debe contar también con una institución académica internacional que dé respaldo a

las instituciones académicas nacionales. El apoyo consistirá en promover una reflexión

técnica permanente, que pueda canalizarse a través de generación de investigaciones-

acción producidas desde el programa, análisis permanente del quehacer frente al

marco de hipótesis y resultados esperados, eventos nacionales e internacionales sobre

temas relacionados con el aseguramiento universal, acompañamiento en la producción

teórica documental, enlace para cooperación interuniversitaria.

El apoyo técnico internacional de CTB (Backstopping) es otro recurso que influirá

decisivamente para desarrollar la línea óptima del Programa, es un recurso Regie. Se

estimaría al menos 4 misiones de apoyo, sobre el periodo de 4 años del programa.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

58

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tema** | **Responsabilidades del director/**  **codirector** | **Responsabilidades del RAF** |
| Mercados  públicos | Identificación de las necesidades de  adquisiciones y contratos.  Firma de documentos finales. | Apoyo a la preparación de  procedimientos administrativos,  licitaciones, verificación de  avances y seguimiento financiero,  etc. |
| CDP | Preparación de los informes de avance  et de seguimiento/evaluación,  participación en calidad de invitado(s) | Preparación de los informes  financieros y de ajustes  presupuestarios, participación en  calidad de invitado y como  secretario de actas. |

**4.2.2. Dependencia Jerárquica del Personal**

El ATI co-director estará en relación funcional con el Director Nacional.

El personal administrador, contable, secretarial y chofer se encuentran bajo

dependencia jerárquica del Director Nacional y Co-director Internacional.

El personal directivo como administrativo, para efectos de transporte, alojamiento y

alimentación por actividades a realizar en lugares donde no desempeñe normalmente

su trabajo dentro del Perú, recibirán aquellos valores que se considere en el

reglamento de la CTB en Perú.

La Cooperación Belga estará en constante coordinación y vinculación con los Órganos

decisorios del SIS, de acuerdo al siguiente organigrama:

**ORGANIGRA ESTRUCTURAL DEL SIS**

**ORGANO DE CONTROL**

**INSTITUCIONAL**

**JEFATURA DEL SIS**

**COOPERACIÓN BELGA**

**SECRETARIA GENERAL**

**OFICINA**

**OFICINA GENERAL**

**GENERAL**

**DE**

**ADMINISTR**

**ACIÓN DE**

**OFICINA**

**GENERAL DE**

**IMAGEN**

**INSTITUCIONAL Y**

**TRANSPARENCIA**

**OFICINA**

**GENERAL DE**

**TECNOLOGIA**

**DE LA**

**INFORMACION**

**OFICINA**

**GENERAL DE**

**ASESORÍA**

**JURÍDICA**

**DE**

**PLANEAMIENTO ,**

**PRESUPUESTO Y**

**DESARROLLO**

**RECURSOS**

**ORGANIZACIONAL**

**GERENCIA DEL**

**ASEGURADO**

**GERENCIA DE RIESGO Y**

**EVALUACION DE LAS**

**PRESTACIONES**

**GERENCIA DE NEGOCIOS Y**

**FINANCIAMIENTO**

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - ---------- - - - - -- - ---- - - - - - - -

**GERENCIA**

**MACROREGIONAL**

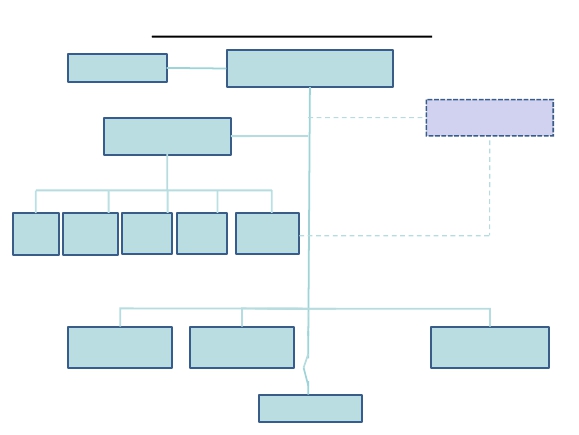
**Figura 10 : organigrama del SIS**

**4.2.3. Evaluación del Personal.**

El ATI será evaluado cada año por la CTB. El Director nacional será evaluado cada año

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

59



por el SIS en concertación con la CTB.

El personal del programa será evaluado cada año según un método propuesto por la

dirección del programa y aprobado por el Comité CDP

**4.3.**

**Recursos materiales**

Este programa invierte básicamente en temas de procesos, no en infraestructura y

equipamiento; que son responsabilidad de las contrapartes. Lo que se considera es la

reposición y actualización de la capacidad informática del SIS, que no ha sido renovada

durante mucho tiempo.

Adicionalmente, en el presupuesto del Programa se contempla en Gastos Generales,

partidas de inversión referidas a vehículos, mobiliario y equipamiento tecnológico de la

Unidad de Facilitación de Programa (DP).

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

60

**5. MODALIDADES DE EJECUCIÓN**

**5.1.**

**Marco legal y responsabilidades administrativas.**

El marco legal está fijado por el convenio específico firmado entre el gobierno de Perú y

el reino de Bélgica al cual se adjunta el presente documento técnico y financiero.

Por parte del Reino de Bélgica*,* la DGD es la entidad administrativa y financiera

responsable de la contribución belga al programa. La DGD delega la realización de sus

obligaciones para la implementación y seguimiento del programa a la CTB.

Por la parte peruana, la entidad responsable para la ejecución del convenio específico, a

nivel más alto es: el MINSA, que a su vez delega la responsabilidad al SIS.

El Programa se ejecutará bajo el alcance de las Leyes Peruanas, las normas

establecidas por la Dirección General de Cooperación al Desarrollo (DGCD),

representante del Reino de Bélgica y el Convenio Específico pactado en los acuerdos

Bilaterales de cooperación entre Perú y Bélgica.

En la parte operativa el Programa estará en el SIS que tiene por responsabilidad primera

asegurar el cumplimiento del mandato constitucional sobre la implementación del

aseguramiento universal en salud en el régimen subsidiado y semi-subsidiado.

**5.2.**

**Estructuras de ejecución y gestión del Programa**

**5.2.1. La estructura global del Programa**

La estructura de ejecución del Programa responde a varios principios, entre los más

importantes tenemos:









Contribuir al desarrollo de capacidades de un conjunto de actores,

Facilitar una ejecución fluida y significativa,

Insertarse en la lógica de desarrollo de país, lo que asegurará la continuidad y

sostenibilidad de los procesos y

Estar enmarcado en los procesos legales, administrativo-financieros del lado

peruano y belga.

Se propone la siguiente modalidad de ejecución:

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

61









Mantener el marco de referencia clásico de la cooperación belga, para la

ejecución de Programas, es decir utilizar las modalidades de ejecución llamadas:

‘co-gestión’ y ‘Regie’.

Anclar el Programa al SIS, donde se le proveerá de un espacio físico para el

desarrollo de las actividades del Programa. Se le ubicará como una unidad bajo

la tutela de la Jefatura del SIS y trabajará con todas sus direcciones para lograr

la apropiación y armonización de los objetivos planteados.

Tener una estructura mixta de concertación local multi-actores, en la cual

participarán: MINSA, SIS, APCI, Cooperación Belga, llamada Comité Directorial

del Programa (CDP), donde la Presidencia del CDP la ejercerá la autoridad

sanitaria MINSA.

El CDP es la instancia mixta de dirección peruano-belga la cual supervisará el

cumplimiento de los compromisos asumidos por las partes (Gobiernos del Perú y

de Bélgica) y adoptará las decisiones de mayor trascendencia.

La estructura general del Programa se ve reflejada en el siguiente esquema:

**Nivel de relaciones entre socios**

**Coordinación entre**

**Gobierno peruano**

**Acuerdos**

**bilaterales:**

**PIC**

**Embajada**

**donantes**

**MINSA**

**CDP:**

**Representación**

**Representaciones**

**MINSA, SIS,**

**APCI, CTB**

**Actores: SIS, MINSA,**

**SUNASA, Gob. Reg.,**

**Soc.civil**

**Organización y coordinación**

**país socio**

**UFP**

**Asesores Técnicos**

**internacionales**

**Coordinación donante**

**Concertación ATIs**

**Coordinación entre**

**donantes**

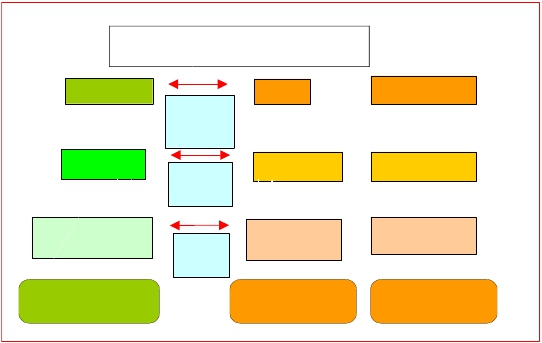
**Figura 11: estructura general del programa**

A continuación se presenta la conformación y funciones de las instancias que conforman

el sistema de gestión y administración del Programa.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

62



**5.2.2. El Comité Directivo del Programa (CDP)**

El CDP o Estructura Mixta de Concertación Local estará integrado por:









El Ministro de Salud, o su delegado;

El Jefe del SIS, quien lo presidirá;

El Representante Residente de la Agencia Belga de Desarrollo (CTB) en Lima;

El Director Ejecutivo de la APCI;

.





El director nacional del Programa (con derecho a voz pero sin voto, quien

asumirá como secretario).

El co-director internacional (con derecho a voz pero sin voto).

La DP presentara al CDP el estado de realización del programa,

Los miembros deberán nombrar sus representantes alternos en caso de su ausencia. Se

deja a la decisión de los miembros con votos del CDP la posibilidad de ir integrando en el

transcurso del Programa otros miembros en el CDP,

El CDP se reunirá por primera vez antes de 90 días después de la firma del Convenio

Específico y luego se reunirá en forma ordinaria cada semestre por invitación del

Presidente y extraordinariamente bajo solicitud de uno de los miembros. El CDP se

reunirá también tres meses antes de la terminación del Convenio Específico, o tres

meses antes de la terminación de las actividades, si es que esto sucediera antes del final

del Convenio Específico. Las decisiones se adoptarán por consenso de los miembros

plenos y deberán constar en el Libro de Actas del CDP.

Así mismo, el CDP podrá a sola solicitud de alguno de sus representantes, invitar a

especialistas ejecutores, y beneficiarios relacionados con el Programa o cualquier otra

persona que se estime contribuya a las temáticas planteadas, y de acuerdo a la agenda

a tratar en las sesiones convocadas.

Las principales funciones del CDP son las siguientes:









Aprobar el DTF y sus modificaciones

Aprobar el POA del Programa

Supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos por las partes.

Aprobar los términos de referencia para la contratación del director nacional y

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

63

co director internacional





















Aprobar los planes operativos, presupuestos e informes narrativos y financieros

semestrales y anuales.

Aprobar las modificaciones presupuestarias

Evaluar los avances del Programa, por lo menos cada semestre y cuando lo

considere pertinente.

Analizar las evaluaciones internas y externas del Programa y proponer las

medidas correctivas o recomendaciones que fueran necesarias.

Aprobar modificaciones en las actividades, adquisiciones de equipos y

calendario de ejecución, siempre que estos cambios no interfieran en el

cumplimiento de los objetivos específicos del Programa.

Validar la Propuesta de la DP con relación al uso de las reservas inscritas en el

presupuesto.

Proponer enmiendas al Programa cuando los resultados de la evaluación de éste

y el mejor cumplimiento de sus objetivos así lo ameriten.

Aprobar el informe operativo final y el informe contable y financiero final,

debidamente auditados.

Proponer el destino final de los bienes y equipos adquiridos con recursos del

Programa.

Acordar y dar seguimiento a los acuerdos de ejecución que se podrían firmar con

los Gobiernos Regionales.

**5.2.3. La dirección del programa - DP**

La Dirección del programa (DP) constará de los siguientes miembros:

-

-

un director nacional

un asesor técnico internacional, co-director

Ambos conformarán el equipo gerencial del programa y como tal, serán

responsables de la ejecución del mismo, del cumplimiento de los objetivos estipulados

en el Convenio Específico y en el DTF, y de la gestión diaria de la intervención. Velarán

por la coherencia técnica general, validarán las planificaciones y los informes de

actividades y financieros del Programa, ejercerán sus funciones bajo supervisión del

CDP.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

64

A nivel administrativo y monitoreo, la Dirección del Programa será apoyada por:

-

-

-

un responsable administrativo y financiero

un experto en monitoreo y seguimiento

un contador

Se integrarán

-una secretaria, y

- un chofer-mensajero,

A nivel técnico, la DP será apoyada por:

-

-

-

asesores técnicos internacionales puntuales

asesores Júniores de acuerdo a disponibilidad de la CTB (hasta 12 durante 6

años)

asesores técnicos nacionales, en caso de que el programa los incorpore.

La DP tendrá las siguientes funciones:

















Elaborar los Planes Operativos Anuales del Programa, incluyendo los

presupuestos financieros y presentarlos al CDP para su aprobación.

Poner en marcha el Programa y ejecutar sus actividades de acuerdo al Plan

Operativo y los demás documentos que lo regulan.

Preparar los informes semestrales y anuales de actividades y administrativo-

financieros, en los formatos provistos, que se presentarán al CDP.

Elaborar y presentar a la CTB un informe contable mensual, en los formatos

proporcionados por la CTB, la planificaciones financieras trimestrales para

sustentar el desembolso trimestral de fondos del Programa, así como los

pedidos de desembolso (Cash call).

Proponer al CDP, en caso lo considere necesario, las modificaciones o ajustes

que se requieran, para la mejor marcha del Programa.

Elaborar los Términos de Referencia para la contratación de consultorías, la

prestación de servicios y para las auditorias externas así como para la

adquisición de bienes y de equipos.

Asegurar la coordinación y cooperación entre las diversas instituciones,

consultores y actores implicados en el Programa.

Coordinar con el Programa de Becas, de aprobarse, y con todos aquellos otros

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

65

que se relacionen directamente con su quehacer.

**5.3.**













Implementar las recomendaciones o medidas correctivas que disponga el CDP a

partir de las evaluaciones del Programa.

Mantener en buen estado el equipo necesario al buen funcionamiento del

Programa.

Velar por la implementación y seguimiento de las recomendaciones de las

auditorias anuales

Velar al seguimiento de los acuerdos de ejecución en todos sus aspectos

Administrar los recursos asignados

Elaborar dentro de los 6 primeros meses de ejecución un manual de

procedimientos específico al Programa

**Modalidades de Gestión Financiera**

La Cooperación Técnica Belga realiza sus intervenciones empleando dos modalidades

de gestión que se llaman “Cogestión” y “Regie” o administración directa.

En el programa será aplicada principalmente la modalidad de cogestión que implica la

co-responsabilidad de la parte peruana y la parte belga en el diseño y los resultados. El

presupuesto bajo la modalidad de cogestión será administrado mancomunadamente

entre el director y co-director a través de cuentas bancarias específicas para el

programa.

Se reserva la modalidad de administración directa (Regie) en el pago de los siguientes

rubros: asesoría técnica internacional, personal bajo contrato CTB, auditorias,

evaluaciones y seguimientos, apoyo científico (continuo y puntual), seguimiento interno

de la CTB y otras acciones que fueran necesarias para el monitoreo del programa. Los

fondos en Administración Directa Belga (Regie) serán manejados por la CTB, según sus

propios procedimientos.

**5.3.1. Procesos financieros**

**POA del Programa**

Las instituciones involucradas en la ejecución del Programa deberán presentar sus

Planes Operativos Anuales (POA’s), con base a los cuales se realizará los gastos del

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

66

Programa.

La Dirección del Programa tomará el cargo de consolidar la información en un POA

global. El POA global será aprobado por el CDP.

La ejecución financiera del Programa será realizada a partir de las actividades

programadas en el Plan Operativo Anual que debe estar en concordancia con la proyección de trabajo del SIS. Este POA deberá ser aprobado por el CDP..

**Presupuesto, Seguimiento y Modificación**

El presupuesto total y el presupuesto por modalidad de ejecución (Cogestión, Regie)

no pueden ser sobrepasados.

El presupuesto del Programa será manejado en Euros y dicha moneda será utilizada

para el seguimiento correspondiente.

El presupuesto establece los límites dentro de los cuales el presupuesto tiene que ser

ejecutado.

El manejo de cambios presupuestales debe seguir los procedimientos de la CTB. Se

habla de cambio presupuestal a ser aprobado por el CDP cuando:









Se cambia la estructura presupuestaria (Ej.: se añade una línea)

Se reafecta montos entre líneas presupuestarias

Se reafecta medios entre dos modalidades de financiación (REGIE/COG)

Se usa la reserva presupuestaria

La dirección del Programa podrá, sin modificación presupuestaria, manejar sobregiros de

líneas presupuestarias menores del 15% siempre y cuando esto no afecte el resultado

correspondiente. No se aceptarán sobregiros de resultados.

**Rendición de Cuentas**

**Contabilidad y Sistemas**

La DP utilizará el sistema belga (Sistema FIT) en el cual se registrarán los gastos.

La DP mandará mensualmente la contabibilidad del programa con sus justificativos a la

CTB. Las cuentas de resultados deberán ser firmadas para su aprobación por la DP antes de remitirlas con un informe al ordenador y co-ordenador.

Los registros que se envíen a la representación local de la CTB deberán incluir un

archivo electrónico, documentos de respaldo, y estados de cuentas bancarias y cajas.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

67

**Programación Financiera**

Cada trimestre, la Dirección del Programa tendrá que proporcionar a la CTB una

planificación operacional de las actividades más una planificación financiera para los

trimestres del año en curso y los años siguientes. La dirección del Programa de forma

trimestral tendrá que hacer un seguimiento de la ejecución del Programa sobre la base

de dicha planificación y tomar las medidas correctivas adecuadas.

Los compromisos deben ser aprobados por ambas partes respetando al mismo tiempo

los mandatos. La dirección del Programa debe garantizar un seguimiento de los

compromisos. No se autoriza asumir compromisos sobre la base de un presupuesto no

aprobado oficialmente por el CDP.

**5.3.2. Cuentas bancarias y firmas autorizadas**

Cogestión

El Programa será ejecutado esencialmente en cogestión. Este enfoque está basado en

responsabilidad compartida y en la gestión conjunta de operaciones. Según los casos se

utilizará el sistema belga o peruano.

**Cuenta Principal en EUROS**

Al momento de la firma del Convenio especifico, el ordenador y co-ordenador de pagos

solicitarán la apertura de una cuenta en Euros, en un banco privado a nombre del

Programa y para uso exclusivo de los recursos de la contribución Belga. Es la cuenta

principal del Programa.

Esta cuenta recibirá los recursos de Cogestión transferidos por Bélgica y será operada

con doble firma, del ordenador de pagos (Jefe del SIS) y del co-ordenador de pagos (Representante Residente de la CTB).

La cuenta principal será utilizada exclusivamente para realizar transferencias mensuales

hacia la cuenta operativa en soles.

**Cuenta operativa en soles**

Los directores del Programa abrirán una cuenta corriente operativa en nuevos soles en

un banco comercial de Lima, a nombre del programa, cuyo nombre será CTB –

XXXXXXX (el nombre puede ser hasta de 40 caracteres). Esta cuenta será destinada

exclusivamente a los pagos en cogestión de la contribución Belga en el marco de las

operaciones y resultados previstos en el Programa.

La cuenta operativa funcionará con los siguientes estándares:

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

68

**Cuadro 6 : funcionamiento de la cuenta operativa**

La cuenta principal se aprovisionará trimestralmente. La cuenta operativa se

aprovisionará a partir de la cuenta principal, sobre la base de un pedido mensual de

tesorería.

Todos los gastos en cogestión del Programa serán manejados desde la cuenta operativa

única.

Dicha cuenta será manejada con doble firma del Director Nacional (delegado del SIS)

y del Co-director internacional (delegado del Representante Residente de la CTB). Los

directores tendrán un mandato hasta un monto máximo autorizado de 25 000 euros.

Para el manejo de los rubros mayores a 25 000 Euros se requiere la firma del ordenador

nacional (jefe del SIS) y el Resrep de la CTB en Perú.

En caso de ausencia para un periodo significativo del co director nacional, el RAF podrá

firmar con el Director nacional hasta 5 000 euros

*Regie*

Se abrirá una cuenta especifica en REGIE al nombre del programa. Esta cuenta será

manejada con doble firma por la CTB según sus propios procedimientos.

**5.3.3. Transferencias de fondos**

Primera transferencia:

Al inicio del Programa, a partir de la firma del convenio especifico, un pedido de fondos

(cash call) será presentado a la CTB. La cantidad debe corresponder a las necesidades

de funcionamiento de los primeros tres meses. Por la parte de cogestión, el pedido de

fondos debe ser firmado por el ordenador y el co-ordenador.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

69

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma 1** | **Firma 2** | **Límite** |
| Ordenador Jefe SIS | Co-ordenador : Resrep  CTB | Montos mayores a 25 000EUR; |
| Director nacional | Co-Director internacional | Hasta 25 000 EUR |
| Director nacional o delegado | Co-Director internacional o  Delegado | 5 000 EUR |

Transferencias siguientes:

Con el fin de recibir los fondos siguientes, el Programa debe presentar un pedido de

fondos (cash call) a la CTB al inicio del mes que precede el trimestre siguiente, firmado

por el ordenador y co-ordenador

La cantidad solicitada será igual a las necesidades estimadas para el trimestre siguiente,

más una reserva del subsiguiente trimestre.

La transferencia de fondos se hará a principios del trimestre. La CTB puede proponer un

esquema de financiación específico.

La transferencia de fondos se hará solamente si las condiciones siguientes están

cumplidas:







El informe contable del trimestre que precede al pedido ha sido enviado a la

representación de la CTB en Lima y se encuentra aprobado.

La Programación financiera actualizada ha sido enviada a la representación de

CTB,

El volumen de fondos no es superior al saldo presupuestario.

En situaciones especiales, el Programa puede hacer un pedido de fondos anticipado,

justificando las razones.

**5.3.4. Reportes e informaciones financieras**

El programa utilizará el sistema contable belga en el cual se registrará los gastos del

programa.

**Informe mensual de contabilidad**

Mensualmente la contabilidad debe elaborarse y aprobarse según los procedimientos de

la CTB.

La contabilidad debe ser firmada para aprobación por el director nacional y el co director

internacional; y transmitida a la representación de la CTB en Lima.

La contabilidad consiste en elaborar informes financieros en el sistema FIT donde se

registrarán los ingresos y gastos del Programa e irá acompañada de los justificativos y

los extractos de las cuentas bancarias.

**Informe financiero trimestral**

Cada trimestre, el director nacional y el co director internacional con apoyo del RAF

consolidan la Programación financiera para los trimestres siguientes. Esta programación

se hace según los procedimientos de la CTB y es enviada a la representación de la CTB

Perú.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

70

**Informe financiero semestral para el CDP.**

En cada reunión ordinaria del CDP el Programa debe presentar la siguiente información

financiera:

















informe de ejecución presupuestaria del Programa

Informe de ejecución presupuestaria por actor

actualización de la Programación financiera

lista de compromisos importantes

apreciación de los saldos bancarios

estado de pagos realizados por la sede CTB

propuestas de cambio presupuestario en caso necesario

plan de acción vinculado a las recomendaciones de la auditoria financiera

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

71

**5.3.5. Manejo del presupuesto**

**Gráfico 10**

**Flujos financieros: esquema**

Líneas en Co-gestión

Líneas en Regie

CTB- Bruselas

Cuenta principal (Euro)

Ordenador (SIS) +

Coordenador (CTB)

Cuenta operativa (nuevos

SIS

soles)

13 Grupos de actividades

relacionadas con el SIS

4 Grupos de actividades

relacionadas con MINSA

3 Grupos de actividades

relacionadas con SUNASA

4 Grupos de actividades relacionadas con

GORE

1 Grupo de actividades relacionadas

con Sociedad Civil y Organizaciones

de base

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

Gastos de personal: ATI,

ATN, RAF, AC

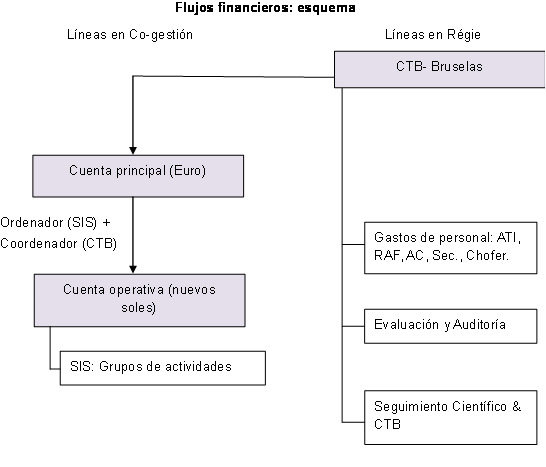
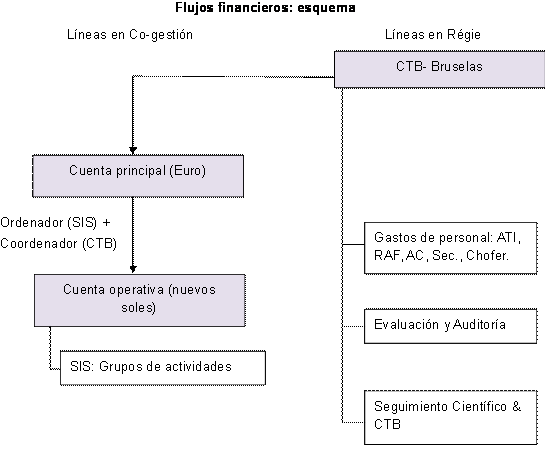
Evaluación y Auditoría

Seguimiento Científico &

CTB

72

Cuenta principal (Euro)



**5.4.**

Flujos financieros: esquema

Líneas en Co-gestión Líneas en Régie

CTB - Bruselas

Ordenador (SIS) +

Gastos de personal: ATI, RAF, AC, Sec, Chofer

Coordenador (CTB)

Cuenta operativa (nuevos soles)

Evaluación y Auditoria

SIS: Grupos de actividades

Seguimiento Cientifico & CTB

**Reportes técnicos, administrativos y financieros**

**5.4.1. Inicio del Programa, y línea de base.**

Se prevé un periodo de arranque con el equipo de la DP para:

1. Permitir la contratación del personal,

2. Revisar el DTF y sus líneas presupuestarias, su marco lógico e indicadores.

3. Elaborar lineamientos técnico de la línea de base del Programa con especial

enfoque en género;

4. Establecer el plan de seguimiento,

5. El monitoreo de la ejecución del Programa incluirá un taller anual que permitirá

actualizar y dar seguimiento a los indicadores de proceso.. No debe limitarse al grado de avance en la

ejecución de las actividades y al logro de metas, sino incorporar información

sobre los efectos de la intervención en la zona, las dificultades encontradas y los

avances más promisorios.

**5.4.2. Informes de avance e informes anuales**

**Un informe semestral de actividad**

Un informe semestral será elaborado por el director nacional y el co-director

internacional, y contiene:

-

-

-

Reporte analítico con lecciones aprendidas y calidad desarrollada

El avance de las actividades, con un análisis de los problemas y de las

dificultades, y las propuestas de solución.

La Programación financiera del trimestre siguiente.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

73

-

-

Los resultados del seguimiento de los indicadores

Informe financiero del gasto realizado en el trimestre.

Este informe será presentado al CDP.

**Un informe anual**

Un informe de seguimiento-evaluación anual y un plan operacional anual concertado,

(POA) será elaborado cada año, por el director nacional y el co-director internacional

según el modelo de la CTB, para ser presentado al CDP.

**5.5.**

**Otorgamiento de mercados públicos**

**5.5.1. Adquisiciones y contrataciones**

Dos legislaciones serán aplicadas según la modalidad de ejecución:

**Modalidad peruana para el presupuesto en Cogestión:**

Las contrataciones y adquisiciones se realizan de acuerdo al marco del texto único

ordenado de la Ley de contrataciones y adquisiciones y el Reglamento aprobado.

Para ello se aplicará lo dispuesto por la legislación peruana:

“Tercera.- Las adquisiciones y contrataciones realizadas dentro del marco de convenios

internacionales se sujetarán a las disposiciones establecidas en dichos compromisos

cuando sean normas uniformes aplicadas a nivel internacional, cumplan con los

principios que contempla la presente Ley y siempre que los procesos y sus contratos

sean financiados por la entidad cooperante en un porcentaje no menor al sesenta por

ciento (60%) con recursos provenientes de la entidad con la que el Estado Peruano ha

celebrado el convenio internacional”.

Asimismo se observarán los principios de moralidad, libre competencia, imparcialidad,

eficiencia, transparencia, economía, vigencia tecnológica y trato justo e igualitario a los

proveedores de bienes.

Los rangos de operación para la adquisición de bienes y servicios son establecidos en

Euros y calculados al tipo de cambio vigente en Nuevos Soles:

Rango 1: desde EUR 1,00 hasta 499,99 EUR no se requiere presentar cotizaciones.

Rango 2: desde 500 EUR hasta 4.999,99 EUR se requieren presentar 3 cotizaciones y

un cuadro de evaluación realizado por el Programa.

Rango 3: desde 5,000 EUR hasta 24.999,99 EUR se requiere la presentación de al

menos tres cotizaciones y se realizará una convocatoria mediante invitación. El

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

74

Programa solicita autorización a la parte peruana y a la CTB.

Rango 4: desde 25.000 hasta 39.999,99 EUR se requiere al menos la presentación de

tres cotizaciones y la convocatoria se realiza mediante publicación y elaboración de

términos de referencia y bases administrativas, los cuales serán aprobados por la parte

peruana y belga antes de ser publicados. Además el contrato y orden de compra serán

aprobados por ambos socios.

Rango 5: a partir de 40,000 EUR se realizará una convocatoria mediante anuncio en un

diario de circulación nacional. Las bases deberán ser aprobadas por la CTB y la parte

peruana antes de ser lanzadas y el contrato y orden de compra deberán ser aprobados

por ambos socios. A partir de 67,000 EUR se solicitará opinión de un asesor jurídico

experto en procesos de adquisición de bienes y servicios; la cual será enviada a la CTB,

quienes autorizarán la adquisición.

**Modalidad belga para el presupuesto en Regie:**

La legislación de las licitaciones belgas será de aplicación (Ley del 24 de diciembre de

1993 (contexto general), Decreto Real del 8 de enero de 1996 (publicación y atribución),

Decreto Real del 26 de septiembre de 1996 (pliego general de especificaciones)

Los valores referenciales y los procesos que se deben aplicar para la ejecución de las

licitaciones en gestión directa CTB, son los mismos que en el caso peruano.

**Responsabilidades**

Las adquisiciones y contrataciones serán organizadas y coordinadas por el DP bajo la

responsabilidad del director y co-director y tomando en cuenta los procedimientos

establecidos.

Los ATs estarán encargados de la elaboración de los términos de referencia y las bases

administrativas de las adquisiciones y contrataciones, en concreto con la Dirección del

Programa.

De acuerdo a los rangos establecidos se solicitarán las autorizaciones al socio peruano y

a la CTB.

Además se tendrán en cuenta los rangos de autorizaciones de mandatos definidos por la

CTB

Los pasos previos para cada licitación son:

1. POA aprobado

2. TdR aprobados por la DP, y cuando sea el caso por ordenador y co-ordenador.

3. Invitaciones y/o Publicaciones

4. El Comité de selección será definido por la DP.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

75

5. Adjudica el comité de selección,

6. Si la licitación pertenece a alguno de los socios, al transferir los montos en el

marco de los acuerdos de ejecución, los socios deben realizar su propio proceso

de acuerdo a norma de contratación pública peruana. En este caso se podrá

contar con un visto bueno ex ante por parte del DP y eso a distintos niveles del

proceso. El detalle del procedimiento será detallado en cada acuerdo de

ejecución

**5.5.2. Inventarios**

Los inventarios serán establecidos por cada institución, para todos los bienes de

inversión financiados con recursos del Programa. La representación de la CTB dará

indicaciones al Programa sobre cómo deberá elaborar el inventario, el mismo que será

enviado semestralmente a la Representación. Al final los bienes serán entregados a las

instituciones beneficiarias del Programa, conforme a lo acordado en el CDP y previsto en

el plan de cierre.

Para la firma, cada una de las instituciones, deberá presentar la unidad de manejo

administrativo que dentro de la institución va a manejar los recursos de cooperación y los

instrumentos de registro financiero que van a sustentar el gasto de los recursos.

Finalmente, previo al traspaso de recursos, se deberá contar con la verificación de la

unidad administrativa para manejo de los recursos.

**5.5.3.Acuerdos**

**de ejecución**

A partir del segundo año de ejecución del Programa se podrán firmar acuerdos de

ejecución entre la CTB, SIS y los Gobiernos Regionales con el fin de delegarles la

ejecución de algunas actividades.

Estos acuerdos podrán ser firmados después de la implementación de los procesos

de gestión administrativa y financiera en los gobiernos regionales y luego de las

capacitaciones adecuadas .

Se prevé la firma de acuerdos para actividades definidas y de duración bien

determinada. Los acuerdos podrán ser firmados hasta el quinto año del Programa.

Los acuerdos de ejecución serán sometidos a la reglamentación y formatos de la CTB.

Los principios generales para los acuerdos de ejecución son los siguientes:





Claridad del rol y responsabilidad de cada uno de los firmantes.

Plan operacional descrito con actividad, presupuesto, resultado, indicador y

cronograma (se anexará a cada acuerdo el formato para la rendición de

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

76

cuentas).









Modalidades administrativas y financieras claras (rendición de cuentas,

transferencias y controles) con condiciones mínimas (Actualización trimestral de

la programación financiera, apertura de una cuenta específica con doble firma,

rendición de cuentas de manera mensual con informe financiero, copia de las

facturas justificativas selladas, y copia del extracto bancario), mención de visto

bueno de la CTB cuando se necesite.

Modalidad de seguimiento y evaluación del acuerdo.

Modalidades de finalización anticipada del acuerdo.

Aportes claramente establecidos de los socios en términos de recursos humanos

y financieros en el marco del acuerdo.

Otras condiciones previas a la implementación del acuerdo.

**5.6.**

**Gestión de recursos humanos**

**5.6.1. Contratación y contrato de trabajo**

**Cuadro 7: contratación y gestión de recursos humanos**

El Director nacional será escogido por un Comité de Selección conformado por

delegados de los miembros del CDP. Si se considera pertinente, podrán contratar a una

firma reclutadora a fin de establecer la lista corta de candidatos, cuya selección final la

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

77

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puesto** | **Contrato por** | **Responsabilidad**  **selección** |
| Director nacional | SIS | Comité de selección |
| Co-Director Internacional-  ATI | CTB | CTB |
| Responsable  Administrativo Financiero  (RAF) | CTB | Comité de Selección |
| Experto M&S | CTB | Comité de Selección |
| Asistente Contable | CTB | Comité de Selección |
| Secretaria | CTB | Comité de selección |
| Chofer | CTB | Comité de selección |

realizará el Comité de Selección.

El responsable administrativo financiero y el experto M&S serán seleccionados por el Comité de selección.

El asistente contable, la secretaria y chofer serán seleccionados por el Comité de Selección.

Toda contratación deberá contar con la conformidad del Comité Directivo del Programa.

La acreditación del ATI se gestionará a través del APCI quien informará a la Embajada de

Bélgica para la obtención de su visa.

Los salarios del personal contratados por la CTB seguirán la escala salarial de la CTB en

Perú.

**5.7.**

**Mecanismos de apropiación y adaptación del DTF**

Toda modificación del objetivo específico, de la duración del Convenio Específico y del

presupuesto total, deberá hacerse a través de un intercambio de notas reversales entre

la parte belga y la peruana. Para todos los demás cambios se requerirá solamente la

aprobación del CDP

**5.8.**

**Evaluación y Auditoria**

**5.8.1. Seguimiento y Evaluación**

Cada seis meses SIS publica un informe de seguimiento.

Se realizarán misiones externas de seguimiento científico de manera anual para

sistematizar y conceptualizar los avances y dificultades, los desafíos y retos para el

Programa.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

78

**Evaluación**

La CTB organizará dos evaluaciones externas. Se prevé la siguiente secuencia:

-

-

Después del año 2,5 (segundo semestre del tercer año): Evaluación de medio

término

Final del año 5: Evaluación final con atención principal a lecciones aprendidas

**5.8.2. Auditoria financiera**

**Auditoria del Programa**

El Programa se auditará anualmente: En total se realizarán 5 auditorias incluyendo la

auditoria final

La auditoria se referirá a:

-

-

-

-

La comprobación que las cuentas del Programa reflejan la realidad

El control de existencia y el cumplimiento de los procedimientos

La eficacia del sistema de control interno

La eficiencia de la utilización de los recursos

El CDP y/ó la CTB pueden pedir auditorias suplementarias si lo considerarían necesario.

La CTB elaborará los términos de referencia y gestionará la selección de la empresa

auditora. La empresa auditora debe ser una empresa certificada, independiente (según

normas internacionales).

El informe de auditoria debe presentarse al CDP. En caso necesario la dirección debe

elaborar un plan de acción con el fin de mejorar los procedimientos y probar que se

emprendieron las medidas correctivas requeridas.

**Auditoria CTB**

Cada año un órgano colegiado de auditores controla las cuentas de la CTB. En este

marco el programa podrá ser auditado por los auditores de la Corte de Cuentas belga

**5.9.**

**Cierre del Programa**

**5.9.1. Situación financiera**

Seis meses antes de la fecha de cierre del convenio específico, se presentará un estado

completo de la situación financiera del Programa, establecido según los procedimientos

de la CTB y comprobado por la sede de la CTB, al CDP.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

79

**5.9.2. Saldos presupuestarios al final del Programa**

En caso de existir un saldo presupuestario disponible al final de la contribución de la

cooperación bilateral, el CDP podrá proponer un destino de los saldos al comité de

socios él quien tomará la decisión confirmada por intercambio de notas reversales.

**5.9.3. Gastos fuera de la fecha final del convenio específico**

Una vez finalizado el Convenio Específico no se autorizará nuevos gastos y sólo se

ejecutará aquellos que estuvieran ligados a compromisos contraídos con anterioridad a

la fecha de cierre del Convenio Especifico y siempre y cuando hubieran sido incluidos en

el acta de cierre del CDP.

**5.9.4. Informe final**

El director nacional y el co-director internacional, redactarán un informe final según el

modelo de la CTB, y lo presentarán al comité directivo del Programa para su acuerdo.

El informe final incluirá:

1. Un resumen de las modificaciones introducidas al Programa desde su comienzo,

2. Una presentación del contexto inicial del Programa, los cambios que se

generaron en el contexto y un resumen del marco lógico final,

3. La valoración de los criterios clásicos de medida de la calidad de una

intervención de ayuda al desarrollo: eficiencia, eficacia, durabilidad, pertinencia e

impacto

4. La valoración de los criterios de alineación y armonización: armonización,

alineación, gestión orientada hacia los resultados, responsabilidad mutua y

apropiación,

5. Los resultados del seguimiento del Programa y posibles auditorias y otros

informes de control, y el seguimiento de las recomendaciones,

6. La síntesis de las lecciones aprendidas.

El informe final se presentará a más tardar 6 meses después de la fecha final del

convenio específico al SIS y al Estado belga, mediante el agregado de cooperación en

Lima y la sede del DGD en Bruselas.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

80

**6. TEMAS TRANSVERSALES**

**6.1.**

**Medio ambiente**

El Programa tendrá un impacto limitado en el medio ambiente. Los actores se centrarán

en incentivar:

-

R4.4. El uso de sistemas informáticos que reduzcan al máximo la utilización de

documentos impresos (cero-papeles).

.

**6.2.**

**Género**

En el Perú, existen una serie de leyes, normas, convenios internacionales y protocolos

donde se reconoce la igualdad de derechos entre la mujer y hombre; sin embargo, es

recién en las últimas décadas cuando la mujer comienza a ganar un sitio en espacios

públicos y políticos. Un ejemplo de ello es la creación del Ministerio de la Mujer y de

Desarrollo Social, el MIMDES, a partir de la nueva Constitución del año 1993. Otro

ejemplo es el Programa Integral de Lucha contra la Violencia Familiar y Sexual (PILVFS)

en Ayacucho, con apoyo de la Cooperación belga.

El aspecto de género tiene gran relevancia para el Programa, por lo que se prevé desde

el inicio:

-

-

-

Un mecanismo de selección del personal del Programa que promueva la equidad

de mujeres y hombres, con énfasis en los cargos jerárquicos y que tenga en

cuenta su experiencia previa en género, ya que este factor puede ser

determinante en la importancia que se dé al tema durante la implementación del

Programa.

Una capacitación inicial para todas las personas involucradas con el Programa

para un entendimiento común de la perspectiva de género, y aplicación de

indicadores específicos en el marco lógico (ver cronograma).

Toda recolección de datos será diferenciada entre hombres y mujeres,

permitiendo un análisis diferenciado según el aspecto de género. Ello será

especialmente pertinente para:

o

La línea de base (de preferencia conducto en relación con temas de

investigación-acción específicos), permitiendo conocer las necesidades

diferenciadas de hombres y mujeres en relación a acceso al

aseguramiento, el tipo de prestaciones y la calidad de las mismas,

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

81

incluyendo aspectos de interculturalidad, satisfacción de usuarios y

mecanismos de veeduría social. Deberá recoger datos disponibles de

indicadores de salud Sexual y Reproductiva en los departamentos donde

el programa se implementará ya nivel nacional. Estos estudios

permitirán conocer en profundidad la perspectiva de cada grupo,

identificar las brechas existentes e implementar estrategias de

intervención específicas (análisis con enfoque de género).

o

El monitoreo de datos rutinarios, ya que la desagregación por sexo

permite entender las tendencias de uso de determinados servicios.

En los resultados específicos, se prevé abordar varios aspectos de forma coordinada con

otros actores:

R.1. (cobertura de la población): el diseño de estrategias de afiliación, que

permiten la incorporación de mujeres y hombres de las zonas más alejadas y

desatendidas. En el marco de la lucha contra la pobreza y la mortalidad materna

e infantil este esfuerzo será sumamente importante, ya que son los bolsones de

población no cubiertos que presentan los mayores problemas. La información

brindada sobre los beneficios del aseguramiento y las estrategias de afiliación

deberán tomar en cuenta los factores culturales que limitan su acceso para la

población rural dispersa, sobre todo de las mujeres indígenas, analfabetas y

quechua hablantes.

-

R.1. (Cobertura de la población): según USAID, en el año 2006, unas 300.000

mujeres no tenían la cédula de identidad, lo que les dificulta o impide el acceso a

servicios y Programas sociales y a ejercer sus derechos políticos y económicos.

Actualmente, se está realizando un gran esfuerzo para dotar a todas las

personas de una cédula de identidad, incluidos a los recién nacidos a partir del

primer mes de nacido. Ello mejorará de manera inmediata los niveles de

afiliación al SIS y a la entrega oportuna de servicios.

También permitirá

disminuir las tasas de filtración, sobre todo en zonas (sub-)urbanas.

-

-

R.1. (cobertura de la población): Igualmente, es importante que se mejore la

cobertura física de los servicios, cubriendo la brecha al respecto. La mortalidad

materna se explica en gran parte por la falta de disponibilidad de servicios

materno-infantiles a proximidad del domicilio y con la capacidad resolutiva

necesaria. Al respecto, es interesante la iniciativa del MINSA de crear ‘casas de

espera’, donde las mujeres parturientes pueden estar en los días previos al

parto, junto con su familia. Esta iniciativa ha mejorada sustancialmente la

cobertura del parto institucional y tiene amplio reconocimiento de sus beneficios

y adecuación cultural.

R2. (paquete de prestaciones): Frente a una *carga de enfermedad* que afecta de

manera específica a la mujer, el MINSA ha priorizado en el conjunto de

prestaciones cubiertas por el PEAS, 32 garantías a cumplir en la atención

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

82

materno-infantil. Dieciséis de ellas corresponden a la atención de condiciones

obstétricas y ginecológicas: 11 son *garantías de oportunidad* (respecto al tiempo

que debe pasar como máximo para recibir una atención)

y 5 *garantías de*

*calidad* (cumplimiento de normas técnicas basadas en evidencia y normas

sociales). El paquete de prestaciones ofertado en el PEAS es bastante amplio

en los temas de salud sexual y reproductiva, e incluye el embarazo y parto y sus

complicaciones, el acceso a anticonceptivos, enfermedades ginecológicas e

infecciones de transmisión sexual, y VIH: prevención, consejería, detección y

tratamiento con antirretrovirales.

Sin embargo, su implementación y acceso real para los grupos más vulnerables

siguen siendo problemáticos, especialmente para adolescentes, madres solteras,

y madres adolescentes. En las poblaciones indígenas, la voz del varón tiene

mucho peso para la toma de decisiones en cuanto a SSR, por lo cual será

necesario diseñar estrategias especificas al respecto. El programa aprovechará

la experiencia del Proyecto Integral de Lucha contra la Violencia Familiar y

Sexual Ayacucho para replicar las experiencias exitosas de mejoramiento de

calidad y acceso a servicios, y de vinculación con la problemática de violencia

intrafamiliar. Entre otros, se organizarán talleres de intercambio con este

Programa a escala nacional y regional, y se implementarán actividades de

continuidad en Ayacucho, y se aplicarán estrategias exitosas en el conjunto del

programa.

Otro tema importante será garantizar el acceso efectivo de métodos

anticonceptivos a adolescentes, rompiendo barreras culturales tanto de los

prestadores de servicios como de las y los usuarios, con la participación de la

pareja y la familia. Para ello, se promoverá la atención diferenciada para

adolescentes, con servicios educativos y de atención a la salud.

A mediano plazo, se buscará la *ampliación del paquete de prestaciones* con

condiciones que afectan a la población joven, adulta, y adulta mayor, para salir

del esquema tradicional de mujer que cuida a sus hijos hacia un enfoque de

corresponsabilidad entre hombres y mujeres, en el cuidado de la salud a través

de las distintas etapas de la vida.

-

R3. (calidad de los servicios): Uno de los problemas frecuentes y complejos es la

sobredemanda de los servicios, que se refleja en *rechazo o largos tiempos de*

*espera*, ambos fenómenos que afectan de manera específica a la mujer. La

respuesta a este problema es compleja, y depende de una variedad de

intervenciones contempladas en distintas actividades:

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

83

o

Un

financiamiento

realista

y

suficiente,

con

mecanismos

de

financiamiento que priorizan metas sanitarias y no la acumulación de

prestaciones (R3.3 y R4.5)

o

o

Una planificación nacional, regional y local que permita la asignación de

recursos en relación con las necesidades (R2.3)

La organización eficiente del servicio, que incluye un sistema informático

ágil y eficiente, que no sobrecargue innecesariamente los prestadores de

salud. (R4.1)

**6.3.**

-

-

R.3. (calidad de los servicios). La calidad técnica de la atención puede ser

mejorada desde el aseguramiento. Por un lado, está la adecuación cultural de la

atención, especialmente en lo que se refiere al buen trato y a la atención del

parto (casas de espera y parto vertical). Se promoverá la presencia de personal

en servicio que hable el idioma quechua, y la vinculación de la aplicación de la

norma de atención con los mecanismos de pago. También se apoyará la

estrategia estatal de las casas de espera, que facilita la atención institucional del

parto.

R.3. (calidad de los servicios): En las veedurías ciudadanas realizadas hacia los

servicios de salud, el rol de las mujeres ha sido protagónico, ya que son las

primeras interesadas en acceder a servicios amigables, con buen trato y de

calidad. El Programa fomentará la participación de la mujer en el control social,

en forma de veeduría, de establecimiento de formas de quejas y reclamo efectivo,

y en órganos de generación de políticas, de planificación y control (Ej. el CTIR y

CTIN).

**Economía social**

El aseguramiento es una estrategia que permite la protección financiera frente a riesgos

de salud. Este tema es significativo, especialmente por los más pobres, ya que tienen

mayores riesgos en salud, menos información, menos acceso real a los servicios y

mayores barreras financieras.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

84

**6.4.**

**Derecho de los niños**

El gobierno ha priorizado de manera especial la población infantil, con Programas de

complementación alimentaría como ‘Vaso de leche’ que surge desde reivindicaciones

sociales en los años ’80, y últimamente con el Programa ‘Juntos’, que prioriza en las

aéreas rurales con mayor pobreza, a los hogares con niños. El Programa prevé la

entrega de un bono de 100 soles (aproximadamente 35 USD, previa verificación del

cumplimiento de compromisos de participación en las áreas de Nutrición, Salud,

Educación e Identidad. Este Programa es el que permite la cedulación temprana de

todos los recién nacidos, y su incorporación a los Programas de crecimiento y desarrollo,

vacunación, y atención de enfermedades prevalentes, cubiertos por el aseguramiento.

Se buscará el fortalecimiento de esta estrategia, desde la adecuación de las normas

técnicas (por ej. control del crecimiento y desarrollo) en relación a sus objetivos

sanitarios (disminuir la morbi-mortalidad infantil y desnutrición crónica), basados en

evidencias científicas y con mecanismos de pago que incentiven buenas prácticas.

En general se espera que el acceso de infantes, niños, adolescentes a servicios de salud

tengan una prioridad en el programa.

**6.5.**

**HIV / SIDA**

El VIH-SIDA es uno de los Programas prioritarios del MINSA, con prevención en la

población en general y en madres embarazadas en específico, consejería, detección

temprana y tratamiento, incluyendo la administración de antirretrovirales. Estas

intervenciones forman parte del plan de beneficios (PEAS) y el programa velará por su

aplicación efectiva. A través del levantamiento de estudios de la línea basal, se espera

contar con datos e indicadores relevantes más precisos sobre cada uno de los temas

transversales.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

85

**7. ANEXOS**

Los Anexos comprenden:









El Cuadro de Marco Lógico

El Presupuesto

Plan de Comunicación

Plan de Informatización

El Cronograma

Términos de Referencia de los RH

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

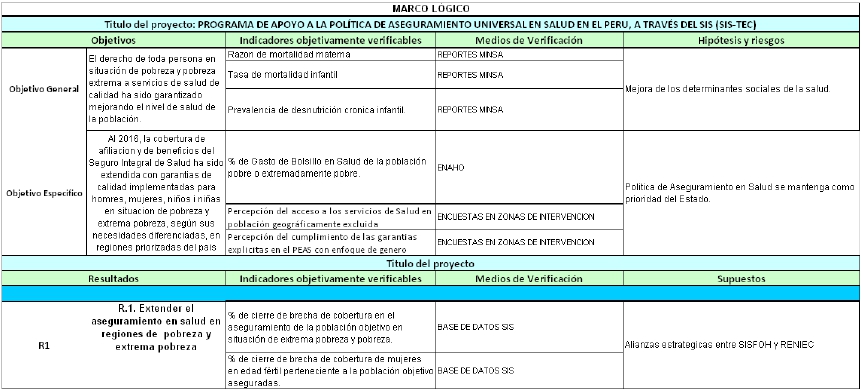
86

**7.1.**

**Matriz de Marco Lógico**

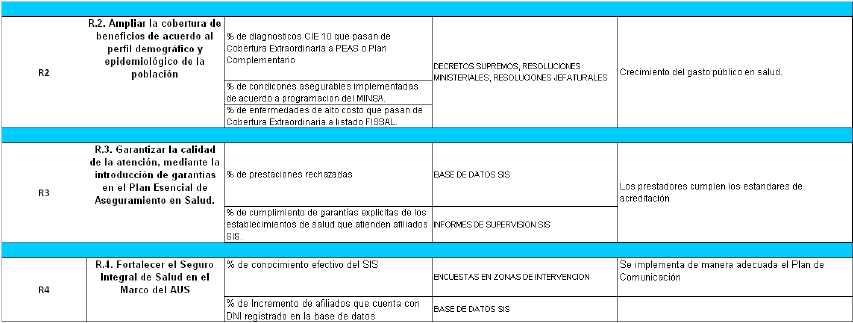
DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

87



DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

88

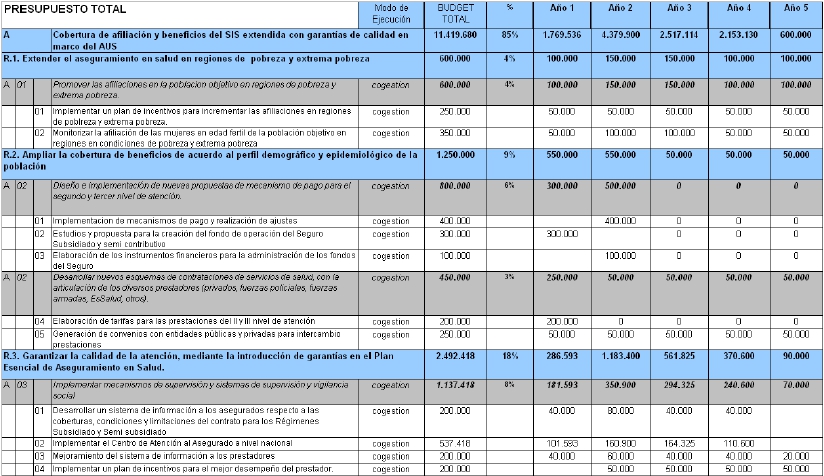


**7.2.**

**Presupuesto**

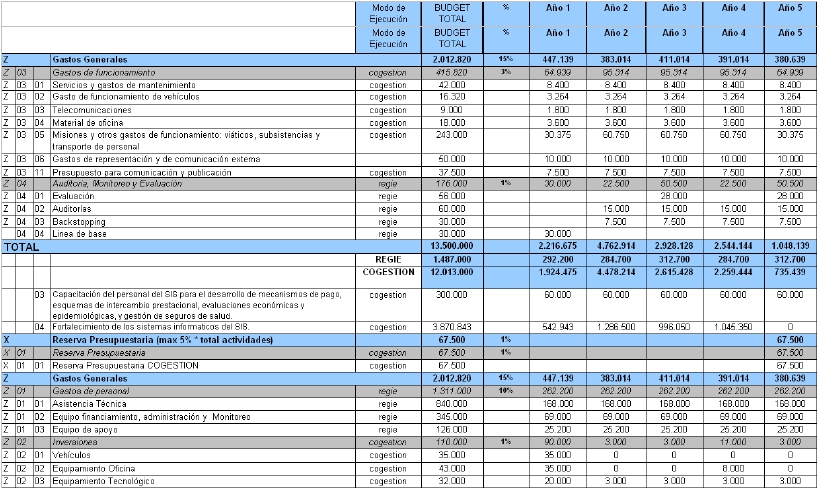
DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

89



DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

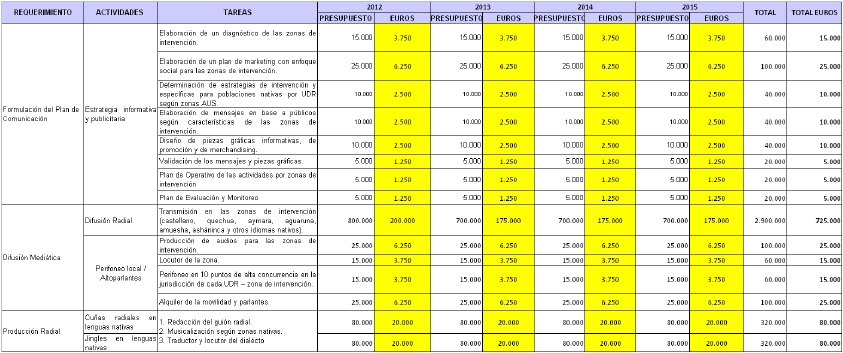
90



**7.3. Plan de communicacion**

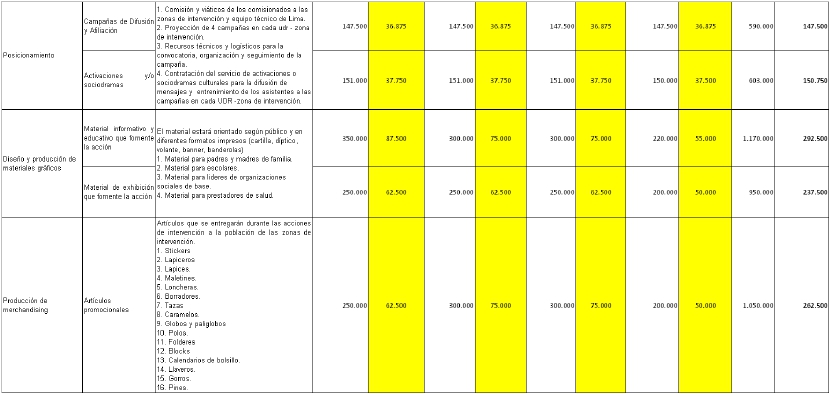
DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

91



DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

92



DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

93



**7.4. Plan de informatización**

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

94



DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

95



DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

96



**7.5.**

**Cronograma**

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

97



DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

98



**7.6.**

**Términos de Referencia Recursos Humanos**

**7.6.1. Experto Internacional (Co- Director) en Aseguramiento en**

**Salud para el Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento**

**Universal en el Perú**

Periodo de contrato: 5 años

Lugar de destino: Lima-Perú

**Función**

El programa de apoyo al aseguramiento universal de salud del Perú, contempla la

necesidad de contar con un direccionamiento de un experto internacional, con destrezas

relacionadas a impulsar un programa de esta naturaleza; para ello deberá acreditar en

su formación y/o experiencia ámbitos de economía de la salud y/o administración de

seguros públicos.

Su responsabilidad será la de ser el Co-Director Internacional, lo que implica entre otros

temas: co- gerenciar el programa, administrar los recursos humanos, financieros y

tecnológicos que se encuentran bajo su responsabilidad, representar a la

Cooperación del Reino de Bélgica en los temas de su competencia. Se encargará

conjuntamente con el Director Nacional, de que los aspectos administrativos,

contractuales y logísticos sean realizados con el rigor necesario bajo los parámetros

técnicos de Perú y Bélgica, y se encuentren debidamente documentados y archivados,

así como de brindar el direccionamiento técnico necesario al programa y posicionar el

tema del aseguramiento, entre los aspectos más importantes.

El Co-director internacional, se vinculará de manera específica con las actividades del

Programa desarrolladas por el SIS.

**Las tareas específicas son:**

-

-

-

-

Representación legal y técnica del Programa

Enlace con las autoridades nacionales para impulsar y posicionar al programa en

los niveles de decisión

Establecer las directrices necesarias para el trabajo operativo a nivel nacional y

subnacional

Propiciar el establecimiento regular de los mecanismos e instrumentos

necesarios para que el programa tenga un funcionamiento fluido: directrices y

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

99

preparación de presupuestos, aprobación de planificaciones y flujos de caja

(Cash call), contabilidad y archivos. Tareas que eventualmente pueden ser

delegadas al RAF, según criterios técnicos y evaluación, para un mejor proceso

administrativo.

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Contratación y acompañamiento de los recursos humanos y técnicos necesarios.

Promoción de trabajo en equipo con relación a cumplimiento de resultados.

Lineamientos para las licitaciones y firma de contratos de acuerdo a montos y

procedimientos peruanos y belgas.

Evaluación del desempeño del personal.

Reportes e informes periódicos a diferentes niveles (autoridades, usuarios, etc.).

Direccionamiento Técnico y plan de trabajo (POA).

Coordinar grupos de trabajo técnicos de diferentes niveles y alcance, según los

resultados esperados en el Programa.

Concertar y coordinar con los actores relacionados con la buena marcha del

programa.

Evaluación de cumplimiento de metas técnicas y financieras establecidas en el

DTF, e impulso a ajustes necesarios en las estrategias para alcanzar objetivos.

Planificación de las evaluaciones externas.

Interpretación y cumplimiento fiel del DTF para impulsar el Programa; y

Todas aquellas necesarias para el buen funcionamiento del Programa.

**Perfil profesional:**

-

-

- Formación de nivel universitario

- Grado (Máster / Doctorado) en economía de la salud, seguridad social o afines.

**Experiencia:**

-

-

Mínimo 10 años de experiencia en la planificación y gestión de programas de

economía de la salud, aseguramiento o afines, de los cuales mínimamente 5 en

programas de cooperación bilateral o multilateral en el Sur.

experiencia en administración de sistemas complejos

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

100

-

Experiencia en acompañamiento de procesos de cambio relevantes,.

De preferencia, experiencia:

-

-

-

con sistemas de salud en países de la región, con sistemas de aseguramiento desarrollados..

gestión de (redes de) servicios o

aplicación del enfoque de la financiación basado en resultados en el sector de la

salud

**Habilidades personales e interpersonales:**

Se busca una persona (h/m) capaz de integrarse en un trabajo de equipo,

-

-

-

-

-

-

-

-

Con capacidad de asesorar y capacitar a otros en los temas del programa, de

organización y planificación.

Buenas habilidades de pensamiento conceptual y analítico, así como de

expresión verbal y escrita.

Con familiaridad con investigación-acción (Publicaciones Científicas son un

adicional)

Gran capacidad de escucha, de negociación, de facilitación, de resolución de

conflictos, de comunicación, con sensibilidad social.

Autoridad y tenacidad para desarrollar el programa y perseguir sur finalidad

social.

Excelente dominio del español; Eng o Fran o NL pasivo (min.)

Muy buen dominio de conocimientos de informática (Word, Excel, PowerPoint,

Access)·

Predisposición para viajar (especialmente al interior del país)

**Modo de Selección:**

-

-

reclutamiento por CTB en Bruselas a través de procedimiento internacionales

presentación al socio peruano para la no objeción.

**Administración del contrato:**

-

- ‘en Regie’ por CTB, siguiendo la legislación belga,

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

101

**7.6.2. Experto Nacional en Aseguramiento en Salud para el Programa**

**de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en el Perú**

Periodo de contrato: 5 años

Lugar de destino: Lima-Perú con frecuentes visitas a las regiones objetivo

**Función:**

El programa de apoyo al aseguramiento universal de salud del Perú, contempla la

necesidad de contar con un direccionamiento de un experto nacional, con destrezas

relacionadas a impulsar un programa de esta naturaleza; para ello deberá acreditar en

su formación y/o experiencia ámbitos de administración en salud, economía de la salud,

gestión institucional y/o administración de seguros públicos.

Su responsabilidad será la de ser el

**Director Nacional** lo que implica entre otras:

gerenciar el programa, administrar los recursos humanos, financieros y tecnológicos que

se encuentran bajo su responsabilidad, representar a la parte peruana en los

aspectos operativos y logísticos de la estrategia de apoyo, encargarse conjuntamente

con el Co-Director internacional, de que los aspectos administrativos, contractuales y

logísticos sean realizados con el rigor necesario bajo los parámetros técnicos de Perú y

Bélgica,

y

se

encuentren

debidamente

documentados

y

archivados,

dar

el

direccionamiento técnico necesario al programa y posicionar el tema del aseguramiento,

entre los aspectos más importantes.

**Tareas**

Las tareas específicas en conjunto con el Co-Director Internacional:

-

-

-

-

-

-

Representación legal y técnica del Programa.

Enlace con las autoridades nacionales para impulsar y posicionar al programa en

los niveles de decisión.

Establecer las directrices necesarias para el trabajo operativo a nivel nacional y

subnacional.

Propiciar el establecimiento regular de los mecanismos e instrumentos

necesarios para que el programa tenga un funcionamiento fluido: directrices y

preparación de presupuestos, aprobación de planificaciones y flujos de caja

(Cash call), contabilidad y archivos.

Contratación y acompañamiento de los recursos humanos y técnicos necesarios.

Promoción de trabajo en equipo con relación a cumplimiento de resultados.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

102

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Lineamientos para las licitaciones y firma de contratos de acuerdo a montos y

procedimientos peruanos y belgas.

Evaluación del desempeño del personal.

Reportes e informes periódicos a diferentes niveles (autoridades, usuarios, etc.).

Direccionamiento Técnico y plan de trabajo (POA).

Coordinar grupos de trabajo técnicos de diferentes niveles y alcance, según los

resultados esperados en el Programa.

Concertar y coordinar con los actores relacionados con la buena marcha del

programa.

Evaluación de cumplimiento de metas técnicas y financieras establecidas en el

DTF, e impulso a ajustes necesarios en las estrategias para alcanzar objetivos.

Planificación de las evaluaciones externas.

Interpretación y cumplimiento fiel del DTF para impulsar el Programa; y

Todas aquellas necesarias para el buen funcionamiento del Programa.

**Perfil profesional:**

-

-

Formación de nivel universitario

Grado (Master / Doctorado) en administración de salud, economía de la salud,

seguridad social o afines.

**Experiencia:**

-

Mínimo 10 años de experiencia en la planificación y gestión de programas de

salud, aseguramiento, economía de la salud, salud pública o administración/

gerencia en ámbito de la salud, o afines.

De preferencia, experiencia:

-

-

-

en programas de cooperación Internacional

gestión de servicios de salud en el ámbito peruano

gerencia en servicios de salud.

**Habilidades personales e interpersonales:**

-

-

-

-

Se busca una persona (h/m) capaz de integrarse en un trabajo de equipo,

Con capacidad de asesorar y capacitar a otros en los temas del programa, de

organización y planificación.

Buenas habilidades de pensamiento conceptual y analítico, de expresión verbal y

escrita.

Ser capaz de generar elementos innovadores, tener familiaridad con la

investigación operativa.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

103

-

-

-

-

-

-

Gran capacidad de escucha, de negociación, de facilitación, de resolución de

conflictos, de comunicación, con sensibilidad social.

Autoridad y tenacidad para desarrollar el programa y perseguir sur finalidad

social.

Excelente dominio del español; inglés o francés pasivo, minimamente.

Muy buen dominio de conocimientos de informática (Word, Excel, PowerPoint,

Access).

Predisposición para viajar (especialmente al interior del país).

Publicaciones científicas son un plus.

**Modo de Selección:**

-

-

Seleccionado por autoridades peruanas por concurso de méritos.

Presentación a CTB para no objeción.

**Administración del contrato:**

-

- Por el SIS siguiendo la legislación peruana.

**7.6.3. Responsable Administrativo y Financiero (RAF) Nacional**

El asistente técnico internacional (ATI) co-director del programa y el Director Nacional del

Programa, en la práctica, el perfil de sus puestos en el pasado incluía funciones de

gestión financiera y contable, lo que podía ocupar hasta el 40% de su tiempo. Para evitar

esta dedicación excesiva de tiempo a temas que no son estrictamente de su

responsabilidad o competencia, es preferible que un profesional nacional tenga esta

responsabilidad con una dedicación a tiempo completo.

**Funciones:**

Se prevé un puesto de Responsable Administrativo Financiero (RAF) para el Programa

de Apoyo Técnico al SIS (TEC-SIS) en su globalidad. Este profesional estará a cargo

de:

Preparar las actividades financieras y una parte de las tareas administrativas del

programa, de manera de apoyar a la DP en el cumplimiento de la normatividad y de las

leyes peruanas y belgas en la gestión del programa. Sin embargo, el poder de decisión y

de firma estará en manos del director y co-director internacional del Programa.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

104

-

Proporcionar un apoyo técnico y metodológico al Programa con la finalidad de

fortalecer sus capacidades administrativas y financieras. Esta posición llevará al

RAF a colaborar de manera estrecha con la CTB y el SIS.

El RAF formará parte del equipo de la Unidad de Facilitación del Programa, establecido

en Lima.

**Perfil**

-

-

-

-

-

Administrador peruano con amplia experiencia en el sector salud de preferencia.

Experiencia de trabajo de por lo menos 5 años en el marco de proyectos de

cooperación o de ONGs en el Perú o en otros países en desarrollo. Experiencia

relevante a nivel macro, que incluye el relacionamiento con Ministerios y socios

al desarrollo.

Son de valor agregado: una experiencia de mayor duración, con logros concretos

y reconocidos; el conocimiento en profundidad del sector salud y

aseguramiento, por ejemplo participando en la elaboración de estrategias de

desarrollo sectorial; una experiencia en un puesto similar en una organización de

cooperación en el sector de salud y aseguramiento, conocimiento en

profundidad de los procedimientos de cooperación y procedimientos

internacionales.

Con capacidad de llegar a acuerdos y de facilitar procesos al interior de un

equipo; organizador con habilidad de entender las capacidades y limitaciones de

otros, de concebir modelos organizacionales coherentes que permitan que cada

persona se concentre en sus tareas y temas de experticia. Combina capacidades

analíticas, una lógica operacional y competencias interpersonales, sabe llevar a

cabo tareas complejas.

Capacidades de comunicación: negociación, representación, y orientación a

resultados. Excelente nivel de escritura y expresión oral en castellano, e

intermedio en inglés y/o francés. Excelente manejo de paquetes informáticos

relativos a la gestión financiera y administrativa.

**7.6.4. Experto Monitoreo y Seguimiento**

**Funciones**

-

-

Revisar con los socios los sistemas de seguimiento evaluación existente en las

entidades,

Organizar talleres y reuniones con los socios, apoyado por la dirección del

SIS para volver a precisar el marco lógico y los indicadores.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

105

-

-

-

-

-

-

-

-

Organizar el seguimiento de la línea base con especial enfoque en género;

Proponer (si fuese necesario) instrumentos a los diferentes niveles para

alimentar el sistema de seguimiento.

Capacitar y apoyar a los socios en todos lo que es seguimiento y evaluación

Revisar los sistemas de evaluación del personal de los socios y hacer

propuestas a los co-directores del SIS

Organizar las visitas de seguimiento interno de manera regular

Organizar y ayudar a la preparación y ejecución de las misiones de evaluación

interna previstas por la CTB y los socios.

Preparar los elementos para los informes de actividades informes a contabilidad

mensual y los documentos del Programa a ser enviados a la representación de

la CTB para aprobación.

Organizar la recolección, análisis y consolidación de los informes mensuales de

los diferentes socios.

**Requisitos de la Función.**

-

-

-

-

-

Título universitario con un mínimo de 5 años de experiencia práctica como

responsable de seguimiento evaluación en el sector salud.

Experiencia con sistemas de monitoreo y evaluación que integren análisis

y sensibilidad de género

Muy buen conocimiento y manejo de programas computacionales.

Muy buena capacidad de trabajo en equipo

Disponibilidad para realizar apoyo y seguimiento a los diferentes socios,

incluyendo visitas de campo.

**Duración del contrato**

El cargo se proveerá mediante un contrato que tendrá una duración de 12

meses, renovable por plazos iguales hasta un total de 60 meses.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

106

**8. BIBLIOGRAFIA**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

Aid Effectiveness. A progress report on implementing the Paris declaration. DGD.

Brussels. 2008.

Arróspide M, Rozas K., Valderrama J. Presupuesto evaluado: Seguro Integral de

Salud. Octubre 2009.

Connor C., Hong Wang. Manuel sur l’Assurance Maladie Comment

l’opérationnaliser. Health Systems Project. Mai 2010.

Country Strategy Paper 2007-2013, Perú. European Commission. Lima. 2007.

Cuentas Nacionales del Perú, 1995 – 2005. Ministerio de Salud. Oficina General

de Presupuesto. CIES. Observatorio de la Salud – Lima. Marzo 2008

Daeren L. Hacia sistemas de seguridad social en salud que generan una mayor

equidad de género. El caso del Perú. Lima, Diciembre 2009.

Do our children have a chance? The 2010 Human Opportunity Report for Latin

America and the Caribbean. WB. Washington, 2010.

Duran F. Cobertura contributiva de la Seguridad Social en el Perú. ¿Avanza el

aseguramiento contributivo? OIT. Lima, Perú. 2009.

Egalité des droits et des chances entre les femmes et les hommes. Note

stratégique. DGD. Bruxelles, 2002.

El Plan Esencial de Aseguramiento en salud. Fundamentos conceptuales y

metodológicos para su formulación. MINSA. Junio 2010.

El PROSIS: una experiencia de apoyo al aseguramiento en Salud en el Perú.

CTB-Perú. Lima. Diciembre, 2009.

Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. Minsa. Agosto 2007.

http://www.minsarsta.gob.pe/redtupacamaru/estrategias\_sexual.htm

Evaluation institutionnelle (IOCA). Note conceptuelle et méthodologique. BTC.

Extending Social Protection in Health. GTZ Berlín, December 2007.

Extensión de los sistemas de Salud basados en la APS. Análisis de la

articulación de los sistemas en el Perú. OPS. Washington, 2007.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

107

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

Guía y Manuales para el Empadronamiento de Hogares SisFoh. MEF. 2010.

Huallpa C. Plan Regional de Aseguramiento Universal en Salud Apurímac 2010-

2012. Enero 2010.

Investir dans la santé pour un meilleur bien-etre. Cadre conceptuel de la

Coopération belge en santé. Because Health. Bruxelles, 2007.

La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad.

CEPAL, Montevideo. Marzo 2006.

Le droit à la santé et aux soins de santé. Note de stratégie. DGD. Bruxelles,

Novembre 2008.

http://diplomatie.belgium.be/fr/politique/cooperation\_au\_developpement/themes/s

ante\_de\_base/index.jsp

Lutte contre le SIDA. Note de stratégie. DGD. Bruxelles. Mars 2006.

MoU entre el Ministerio de Salud y los Socios al Desarrollo que soportan la

Política del Aseguramiento en Salud. Lima, 2010.

Nuevas tendencias de la Cooperación Internacional en Perú. CTB-Perú. Lima,

abril, 2008.

Plan nacional concertado y descentralizado para el desarrollo de capacidades en

Salud. 2010-2015. Minsa. Dirección de Recursos Humanos. Septiembre 2010.

Public Financial Management Performance Report. European Union, WB and

IADB, Perú. Report 49949-PE, April 2009.

Renewing Primary Health Care in the Americas. A position Paper of the Pan-

American Health Organization / World Health Organisation, 2007.

Ravesloot S. Gender Mainstreaming in BTC. BTC gender unit/EST. Brussels.

March 2010.

Roduner D., Schlappi W. Egli W. Logical Framework Aproach and Outcome

Mapping, a constructive attempt of Synthesis. Zurich, April 2008

Santé et droits sexuels et reproductifs. Note de stratégie. DGD. Avril 2007.

Zurro M., Perez C. Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica Clínica.

Elsevier. Barcelona, mayo 2008.

DTF SISTEC (PER 10 017 11) Version despues CCQ del 30/11/2011

108