

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



COOPERACIÓN BELGA
PARA EL DESARROLLO **.be**

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE ABREVIATURAS.....	4
RESUMEN EJECUTIVO	7
FICHA ANALITICA DE LA INTERVENCION	9
1. ANALISIS DE LA SITUACION.....	11
1.1. CONTEXTO GENERAL Y ADMINISTRATIVO	11
1.2. EL CONTEXTO DE LA POLÍTICAS NACIONALES	15
1.3. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD	17
1.4. LOS ACTORES EN EL SISTEMA DE SALUD	18
1.5. EVOLUCIÓN DE LA INSTITUCIONALIDAD.....	21
1.6. ANÁLISIS FODA: DEBILIDADES EN EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE SALUD	26
1.7. APOYO BELGA AL SECTOR DE SALUD	28
2. ORIENTACIONES ESTRATEGICAS	29
2.1. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA	29
2.2. ACTORES INVOLUCRADOS	33
2.3. LOCALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	34
2.4. SINERGIA CON OTROS PROGRAMAS	35
3. PLANIFICACION OPERACIONAL	39
3.1. OBJETIVO GENERAL	39
3.2. OBJETIVO ESPECIFICO	39
3.3. RESULTADOS.....	39
3.4. ACTIVIDADES	40
3.5. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN	52
4. RECURSOS NECESARIOS.....	54
4.1. RECURSOS FINANCIEROS	54
4.2. RECURSOS HUMANOS	57
4.3. RECURSOS MATERIALES.....	60

5. MODALIDADES DE EJECUCIÓN	61
5.1. MARCO LEGAL Y RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.	61
5.2. ESTRUCTURAS DE EJECUCIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA.....	61
5.3. MODALIDADES DE GESTIÓN FINANCIERA.....	66
5.4. REPORTES TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS.....	73
5.5. OTORGAMIENTO DE MERCADOS PÚBLICOS	74
5.6. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	77
5.7. MECANISMOS DE APROPIACIÓN Y ADAPTACIÓN DEL DTF.....	78
5.8. EVALUACIÓN Y AUDITORIA	78
5.9. CIERRE DEL PROGRAMA.....	79
6. TEMAS TRANSVERSALES.....	81
6.1. MEDIO AMBIENTE	81
6.2. GÉNERO	81
6.3. ECONOMÍA SOCIAL	84
6.4. DERECHO DE LOS NIÑOS.....	85
6.5. HIV / SIDA.....	85
7. ANEXOS.....	86
7.1. MATRIZ DE MARCO LÓGICO	87
7.2. PRESUPUESTO.....	89
7.3. PLAN DE COMUNICACION	91
7.4. PLAN DE INFORMATIZACION	94
7.5. CRONOGRAMA	97
7.6. TÉRMINOS DE REFERENCIA RECURSOS HUMANOS.....	99
8. BIBLIOGRAFIA.....	107

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

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	

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.

PRESUPUESTO TOTAL		Modo de Ejecución	BUDGET TOTAL	%
A	Cobertura de afiliación y beneficios del SIS extendida con garantías de calidad en marco del AUS		11.419.680	85%
	R.1. Extender el aseguramiento en salud en regiones de pobreza y extrema pobreza		600.000	4%
	R.2. Ampliar la cobertura de beneficios de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico de la población		1.250.000	9%
	R.3. Garantizar la calidad de la atención, mediante la introducción de garantías en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.		2.492.418	18%
	R.4. Fortalecer el Seguro Integral de Salud en el Marco del AUS		7.077.262	52%
X	Reserva Presupuestaria (max 5% * total actividades)		67.500	1%
Z	Gastos Generales		2.012.820	15%
TOTAL			13.500.000	

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 género 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.

FICHA ANALITICA DE LA INTERVENCION

Título 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 MINSAL: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ
Duración ejecución	Duración convenio específico: 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.

<p>Resultados esperados</p>	<p>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.</p> <p>Resultado 2: Se ha ampliado de manera gradual la cobertura efectiva de las prestaciones de salud.</p> <p>Resultado 3: Se ha mejorado la calidad de las prestaciones, ligada a objetivos sanitarios.</p> <p>Resultado 4: Se ha fortalecido el SIS en el marco del AUS.</p>
-----------------------------	--

1. ANALISIS DE LA SITUACION

1.1. 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% vive en zonas rurales¹.

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.

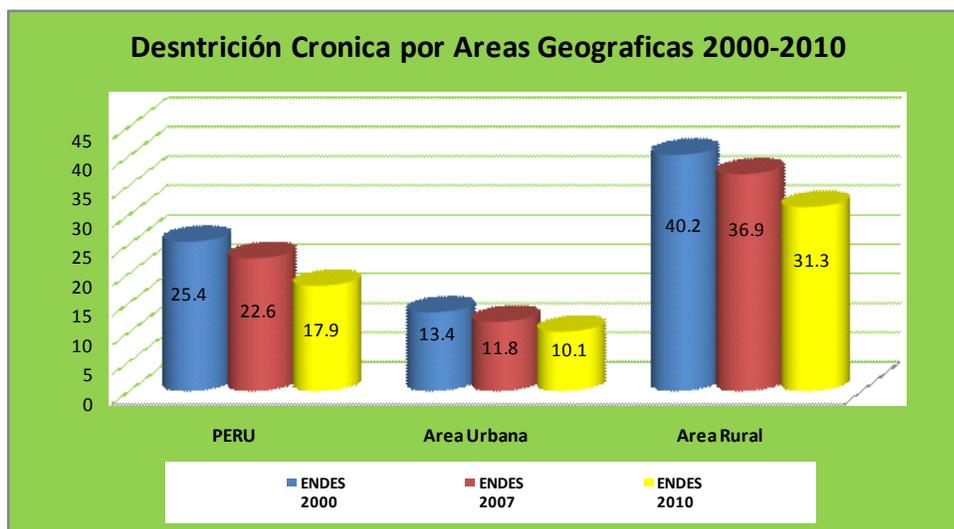


Figura1 : evolución de la desnutrición crónica en el Perú entre 2000 y 2010.

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 por ciento, respectivamente. El INEI² ha efectuado un agrupamiento de las regiones: "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.

Figura 2 muestra la agrupación señalada.

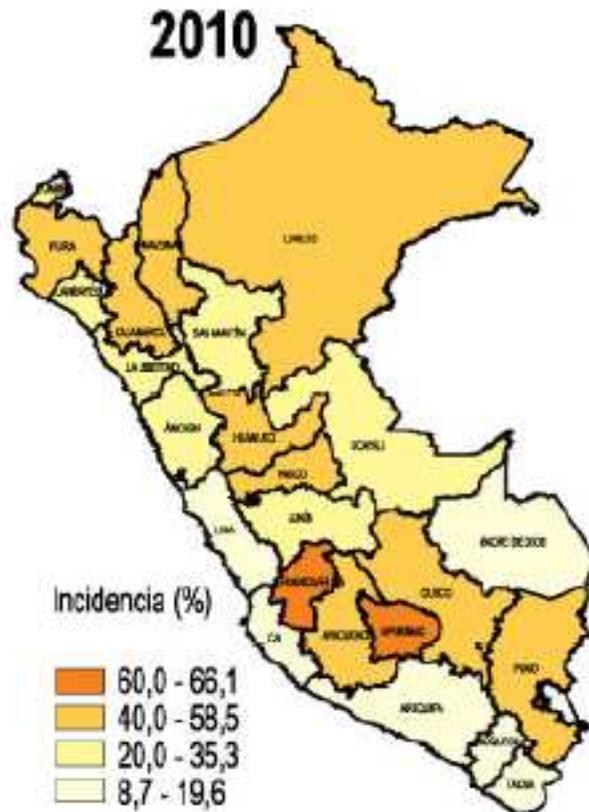


Figura 2: Agrupación Geográfica de los departamentos según Nivel de Pobreza 2010

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.

PERÚ: PEA OCUPADA POR CATEGORÍA DE OCUPACIÓN, SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA, 2010
(Porcentaje)

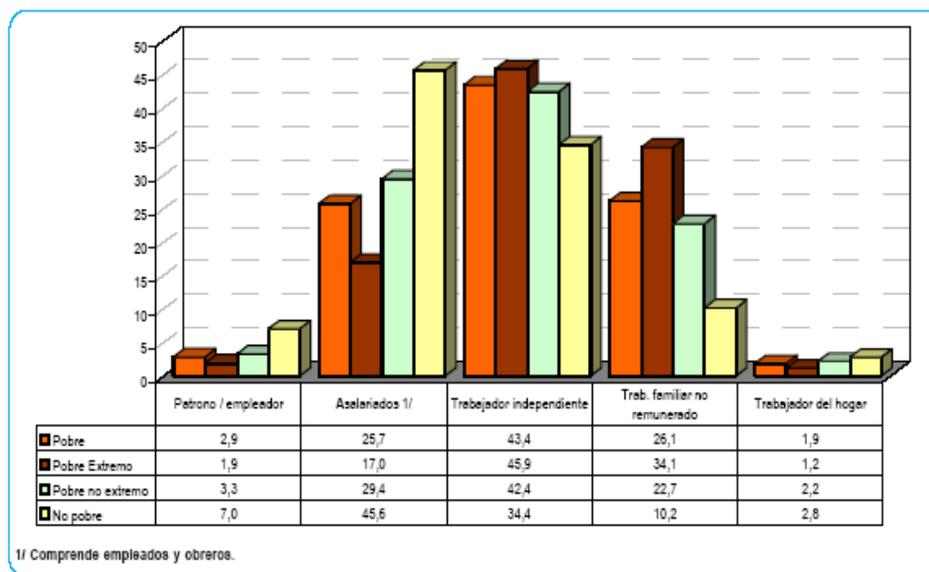


Figura 3 : Distribución de pobreza y categoría de ocupación

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 direccionado 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

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 N° 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 de la pobreza y desnutrición crónica infantil³.

³ La intervención tiene los siguientes actores:

- a. 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).
- b. MINSA-DIRESA: atención integral a niños, niñas y mujeres en edad fértil (incluye financiamiento de las atenciones a través de SIS).
- c. MINEDU - PRONAMA: Programa de Alfabetización.
- d. MIMDES - PRONAA: asistencia alimentaria y Programa educativo.
- e. MINISTERIO DE VIVIENDA CONSTRUCCION Y SANEAMIENTO: Agua para Todos. Dotación de infraestructura de agua y saneamiento.
- f. 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.
- g. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS – MEF: Presupuesto por Resultados
- h. MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO: Construyendo Perú (empleo temporal)
- i. ORGANISMO AUTÓNOMO: RENIEC, acceso de la población a la Identidad.
- j. Gobiernos Regionales: incorporación de la Estrategia CRECER en las políticas y Programas regionales
- k. Gobiernos Locales: implementación de la Estrategia Nacional CRECER

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.

La Ley Marco de Aseguramiento en Salud (AUS) N° 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 al 48.4%, 16.3%, 14.1% y 21.3% de la población⁴. De acuerdo a las Cuentas 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 (ENAH0 2005)

Cuadro 1 : Distribución de establecimientos y camas por subsector

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

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..

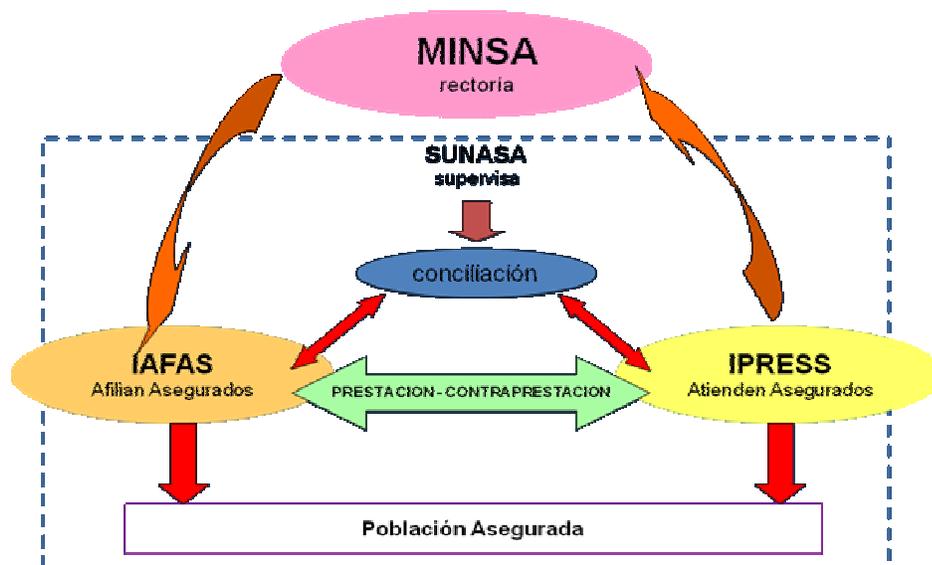


Figura 4 : los actores en el sistema de salud

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.

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.

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.

Cuadro 2 : evolución de la afiliación por condición de pobreza

PERÚ: ACCESO AL SEGURO DE SALUD POR CONDICIÓN DE POBREZA Y TIPO DE SEGURO, 2004 -2010
(% respecto del total de población)

Tipo de seguro de salud / Condición de pobreza	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Variación (en puntos porcentuales)	
								2010-2009	2010-2005
Pobre									
Con seguro de salud	29,7	29,3	32,5	37,6	56,8	68,1	71,6	3,5	42,3
Únicamente SIS	22,8	22,7	26,7	32,2	51,2	61,9	66,0	4,1	43,3
Únicamente ESSALUD	6,0	5,9	5,4	4,9	5,2	5,5	5,1	-0,4	-0,8
Con SIS y ESSALUD	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1
Con otros seguros de salud 1/	0,7	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	-0,1	-0,2
Sin seguro de salud	70,3	70,7	67,5	62,4	43,2	31,9	28,4	-3,5	-42,3
Pobre extremo									
Con seguro de salud	29,4	29,7	35,7	44,0	64,7	75,2	80,0	4,8	50,3
Únicamente SIS	27,9	28,0	34,7	42,7	63,5	74,0	78,6	4,6	50,5
Únicamente ESSALUD	1,4	1,6	0,9	1,1	1,1	1,0	1,2	0,2	-0,3
Con SIS y ESSALUD	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Con otros seguros de salud 1/	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Sin seguro de salud	70,6	70,3	64,3	56,0	35,3	24,8	20,0	-4,8	-50,3
Pobre no extremo									
Con seguro de salud	29,9	29,1	30,7	34,2	52,6	64,5	67,8	3,3	38,7
Únicamente SIS	20,1	19,7	22,1	26,6	44,7	55,9	60,3	4,4	40,5
Únicamente ESSALUD	8,5	8,3	7,9	6,9	7,4	7,8	6,9	-0,9	-1,5
Con SIS y ESSALUD	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0
Con otros seguros de salud 1/	1,0	0,9	0,5	0,7	0,5	0,7	0,5	-0,2	-0,4
Sin seguro de salud	70,1	70,9	69,3	65,8	47,4	35,5	32,2	-3,3	-38,7
No pobre									
Con seguro de salud	43,8	42,2	42,5	44,6	52,8	57,9	61,3	3,4	19,1
Únicamente SIS	8,7	7,4	8,0	9,3	18,6	23,0	27,4	4,4	20,0
Únicamente ESSALUD	26,6	26,6	27,3	27,1	26,4	27,2	26,7	-0,5	0,1
Con SIS y ESSALUD	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0
Con otros seguros de salud 1/	8,2	8,0	7,1	8,1	7,6	7,5	7,0	-0,5	-1,0
Sin seguro de salud	56,2	57,8	57,5	55,4	47,2	42,1	38,7	-3,4	-19,1

Nota: Valores ajustados a las proyecciones de población a partir del Censo de población de 1993.

1/ Comprende seguro privado de salud, seguro de las FFAA, y Policiales, seguro universitario, seguro escolar privado, etc.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) Anual: 2004 - 2010.

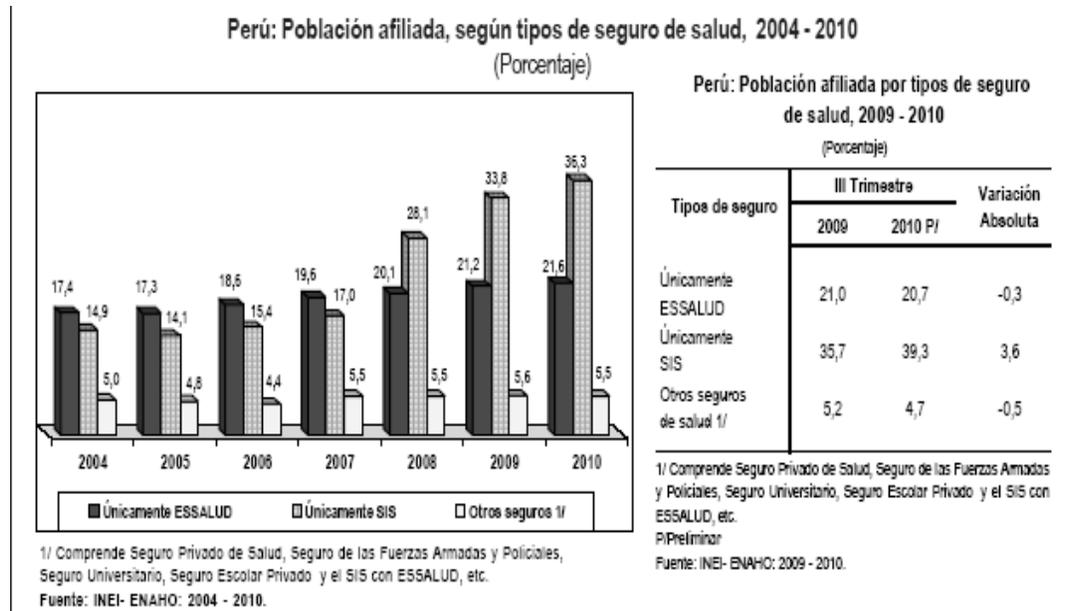


Figura 5 : Porcentaje de afiliación de la población por tipo de seguro.

De acuerdo con la ENAHO el número 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 número de contratos emitidos a personas con lo cual una misma persona a lo largo de un año podía contar con más de un contrato y a partir del 2007 se lleva un registro de personas aseguradas.

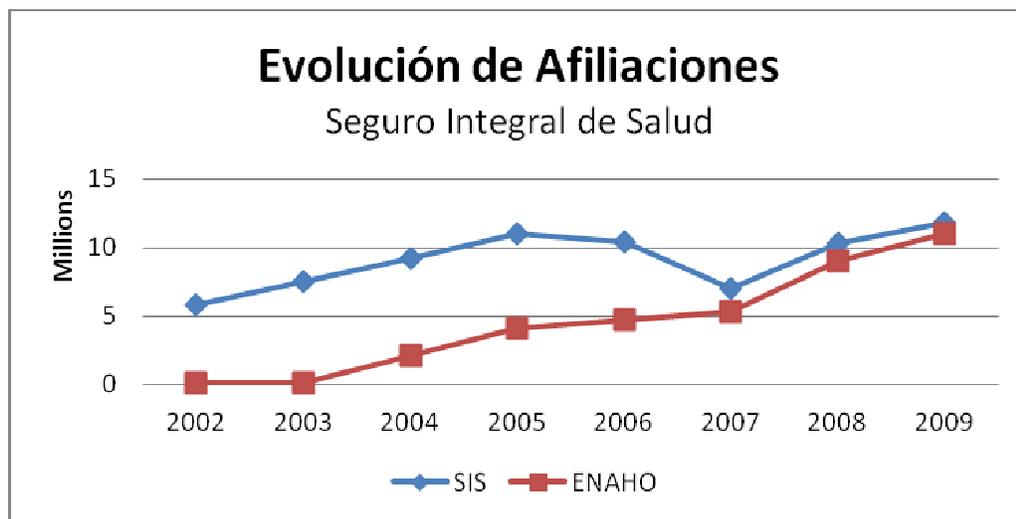


Figura 6 : Afiliación al SIS. ⁵

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.

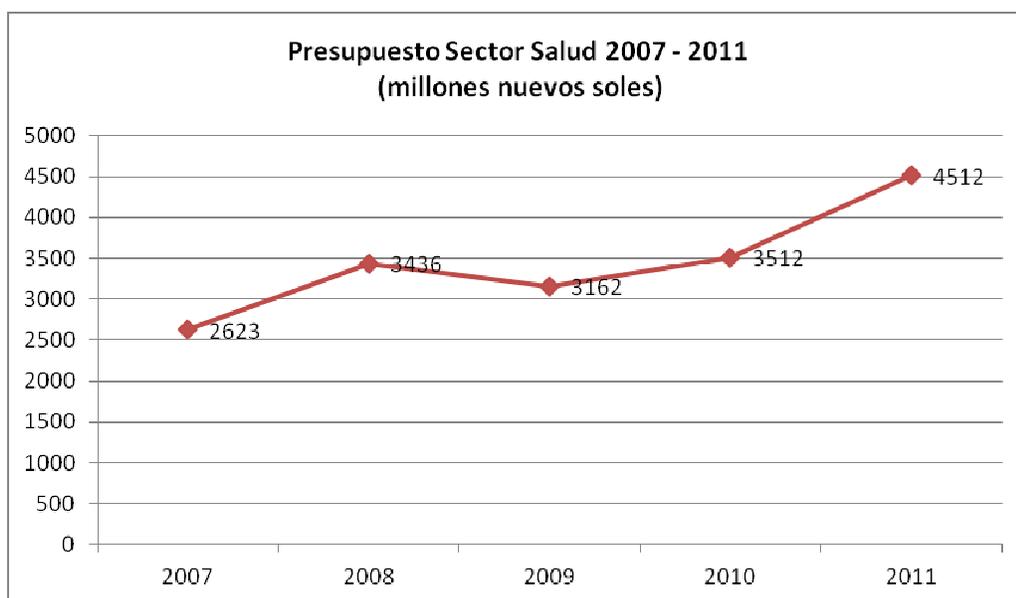


Figura 7: Presentación “Presupuesto del Sector Salud, Año Fiscal 2011. Oscar Ugarte Ubilluz

⁵ Fuente: SIS, ENAHO

El presupuesto inicial del SIS para 2011 es de 561 millones de nuevos soles⁶ (Cuadro 3).

Cuadro 3 : presupuesto SIS 2010-2011

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

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 39 nuevos soles⁷. Evidentemente urge que el SIS se fortalezca como el gran 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

⁶ 100 nuevos soles equivalen aproximadamente 36 USD

⁷ Representa \$13 US dólares anuales a la fecha

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. 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

2. En relación a 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 número 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 mediano 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 Apurímac 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)

- Superintendencia Nacional de Salud en proceso de construcción de herramientas para la regulación del sector.

1.7. 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, Apurímac y Cajamarca, con un costo total de 27 millones de euros, de los cuales Bélgica aportó 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, Apurímac 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 Forsalud respectivamente.

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.

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 auditoría 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 resolutoria, 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 auditoría 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.

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 global⁹ 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.

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 auditoría técnica (médica) que constata la 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 organización 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.

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 :
 - 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

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

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

pleno del derecho a la salud.

- El Proyecto EUROSPAN 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 resolutive fortalecida, y 3) apoyar al MINSA y al SIS, en la instalación de procesos que mejoren su capacidad de gobernar y financiar, respectivamente, el sistema público de salud¹¹.

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>.

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, recapitación 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

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.

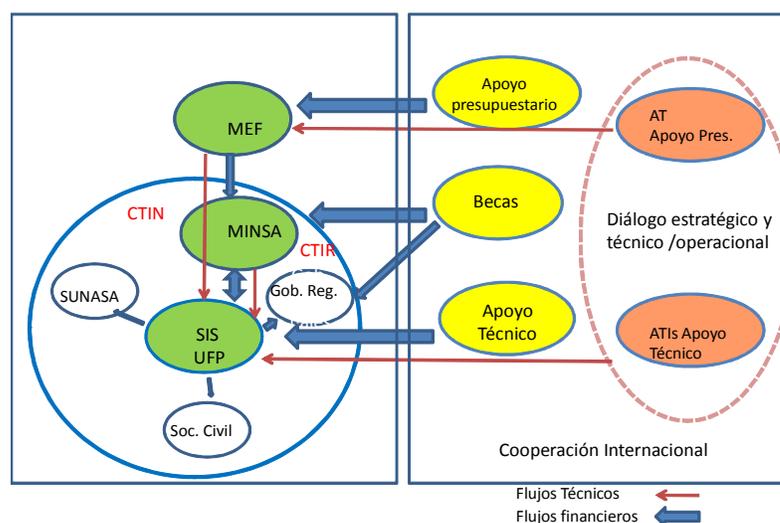


Figura 9 : Interacción y complementariedad entre actores y modalidades de apoyo belga en el aseguramiento en salud del Perú

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.

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

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:

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.

Para el caso peruano con el PEAS renovado¹², el tema es complejo por partida triple 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

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 Semiccontributivo 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.

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.

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 auditoría 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

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.

- 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

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.

- 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.

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

El sistema de protección social para la población pobre y extremadamente pobre, no puede ser desarrollado adecuadamente sin trabajar al mismo tiempo en un contexto amplio de desarrollo de la seguridad social en el Perú. Al apoyar el fortalecimiento de los actores clave en el AUS, se asegurará un sistema de seguridad social para que el grupo objetivo del SIS este involucrado en un ambiente estimulante, basado en solidaridad entre pobres y ricos. Esto es esencial para el desarrollo de un sistema perdurable para todos los peruanos.

El sector salud y el avance de la estrategia de aseguramiento universal de salud, encuentran todavía en el Perú, severas deudas en su funcionamiento integral e integrado. A esto se ha añadido el reordenamiento político administrativo desde 2006, cuando los niveles nacionales ceden competencias y recursos a los niveles regionales y locales.

Las interrelaciones institucionales y funcionales débiles han propiciado incentivos para que se generen incumplimientos y se refuercen visiones endogámicas que a la larga limitan el funcionamiento de dinámicas virtuosas y no permiten avances sustantivos sectoriales.

El SIS no puede ni debe funcionar de manera aislada, sino como parte del sistema de protección social peruano, de forma tal que en el futuro se creen ambientes financieros y sociales solidarios entre grupos de población ricos y pobres.

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:

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

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 diagnóstico 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

eficiente para procesos de aseguramiento, entre otros.

- 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.

3.5. 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 también seguimiento a indicadores de mediano y largo plazo de los ODM.

- 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

- Percepción del acceso a los servicios de Salud en población geográficamente excluida
- Percepción del cumplimiento de las garantías explícitas en el PEAS con enfoque de género

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 explícitas 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

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 de los múltiples actores clave que forman parte de este Programa, tal como se puede analizar en el cuadro siguiente.

Cuadro 5 : contraparte local

CONCEPTO	EUROS
<u>ADMINISTRATIVOS</u>	
Remuneraciones	€ 192.000
Alquiler de local	€ 691.200
Supervisiones y auditorias	€ 256.000
Material de escritorio (UDR)	€ 460.800
Servicio de limpieza (UDR)	€ 172.800
Servicio de seguridad (UDR)	€ 230.400
SUB TOTAL UDR	€ 2.003.200
Supervisiones nacionales	€ 64.000
Remunerac Central	€ 230.400
Alquiler central	€ 123.200
Bienes y Servicios Central	€ 19.500
Servicios Central	€ 9.700
SUB TOTAL SEDE CENTRAL SIS	€ 446.800
<u>EQUIPAMIENTO</u>	
Computadoras UDR	€ 72.000
Gastos de Impresoras	€ 56.000
Gastos de Scanner (se considera equipos UDR)	€ 55.573
Gastos de Fax	€ 8.960

Mobiliario básico	€ 24.000
Mobiliario básico de atención al público	€ 16.800
Cableado óptico de redes internas del SIS	€ 66.667
SUB TOTAL	€ 300.000
<u>CAPACITACION</u>	
Capacitación a las UDR	€ 64.000
Capacitación a Sede Central	€ 12.000
Pasajes y viáticos	€ 24.000
SUB TOTAL	€ 100.000
<u>MANTENIMIENTO</u>	
Mantenimiento de equipos	€ 67.867
Mantenimiento de infraestructura	€ 28.800
SUB TOTAL	€ 96.667
<u>INFRAESTRUCTURA</u>	
Mobiliario automotriz	€ 53.333
TOTAL	€ 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 :

Gastos Generales		2.012.820	15%
<i>Gastos de personal</i>	<i>regie</i>	1.311.000	10%
<i>Inversiones</i>	<i>cogestion</i>	110.000	1%
<i>Gastos de funcionamiento</i>	<i>cogestion</i>	415.820	3%
<i>Auditoria, Monitoreo y Evaluación</i>	<i>regie</i>	176.000	1%

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 TOTAL	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
13.500.000	2.216.675	4.762.914	2.928.128	2.544.144	1.048.139	0
1.487.000	292.200	284.700	312.700	284.700	312.700	0
12.013.000	1.924.475	4.478.214	2.615.428	2.259.444	735.439	0

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.

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.

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.

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:



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

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).

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:

- 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:

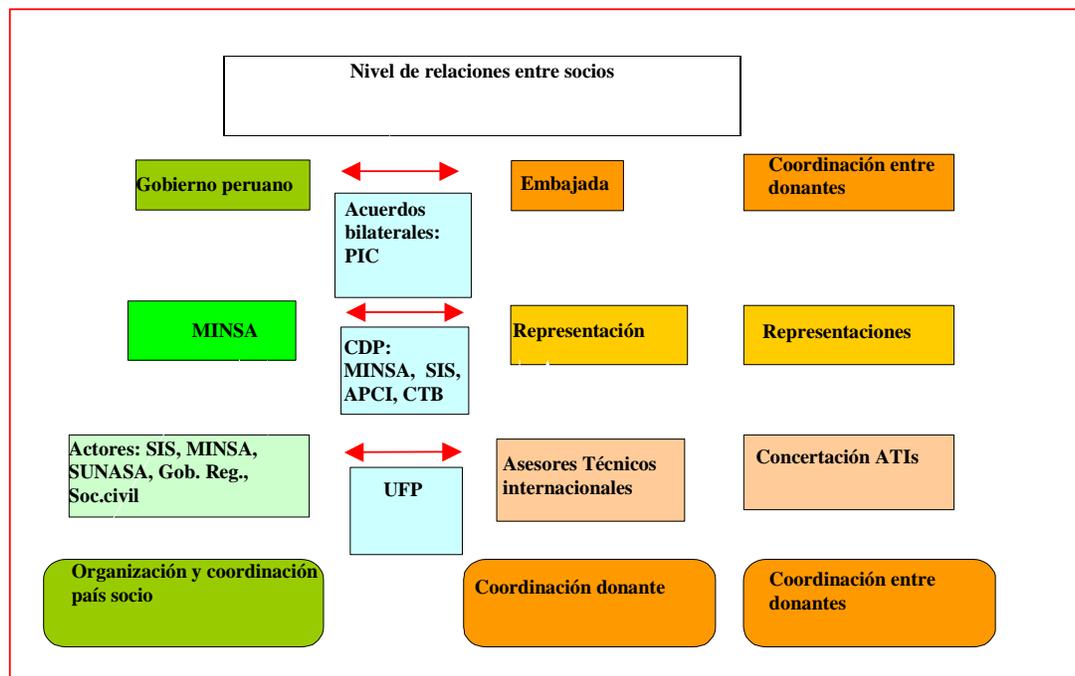


Figura 11: estructura general del programa

A continuación se presenta la conformación y funciones de las instancias que conforman el sistema de gestión y administración del Programa.

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;

La DP presentara al CDP el estado de realización del programa, y hará el secretaria de las reuniones.

- 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).

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 caso del SUNASA es digno de considerarse.

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

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 codirectores 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.

A nivel administrativo y monitoreo, la co-dirección 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

que se relacionen directamente con su quehacer.

- 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 auditorías 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

5.3. 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, auditorías, 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

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 Global, las cuales provendrán del marco lógico revisado y deberán estar acordes con los POAs y sus correspondientes presupuestos, debidamente aprobados por el CDP.

Presupuesto, Seguimiento y Modificación

El presupuesto global 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 contabilidad del programa con sus justificativos a la CTB. Las cuentas de resultados deberán ser firmadas para su aprobación por los Codirectores 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.

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 específico, 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 (responsabilidad delegada por parte de MINSA al 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 – XXXXXXXX (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:

Cuadro 6 : funcionamiento de la cuenta operativa

Firma 1	Firma 2	Límite
Ordenador Jefe SIS como delegado del MINSA	Co-ordenador : Resrep CTB	Montos mayores a 25 000EUR;
Director nacional	Co-Director internacional	Hasta 25 000 EUR
Director nacional	Co-Director internacional o Delegado	5 000 EUR

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 MINAM) 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 REF podrá firmar con el Director nacional hasta 5 000 euros

Regie

Se abrirá una cuenta específica 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 específico, 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.

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.

Informe financiero semestral para el CDP.

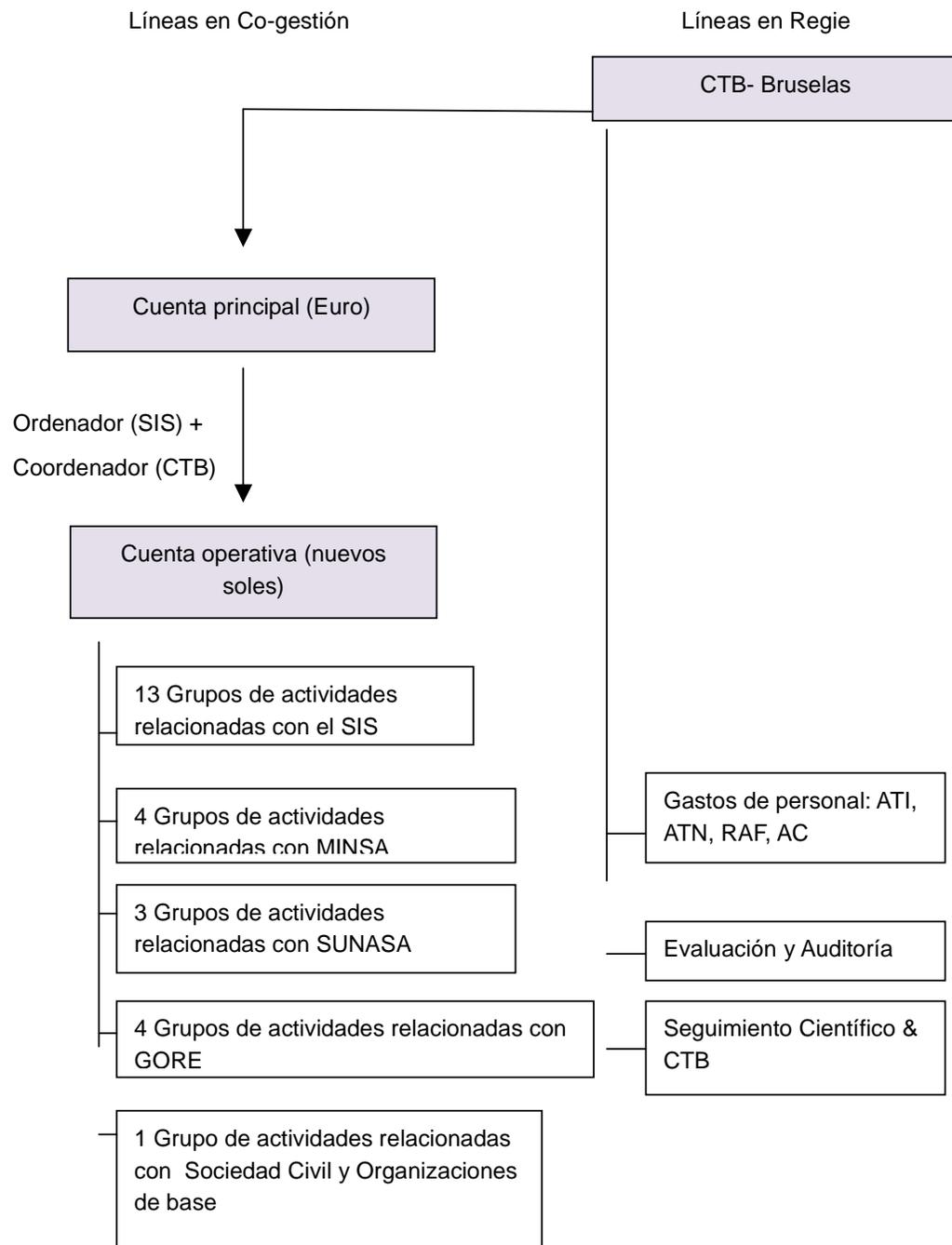
En cada reunión ordinaria del CDP el Programa debe presentar la siguiente información financiera:

- 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 auditoría financiera

5.3.5. Manejo del presupuesto

Gráfico 10

Flujos financieros: esquema



5.4. 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, y clarificación de roles, mediante un taller de arranque con todos los socios (SIS, MINSA, SUNASA, Gobiernos Regionales, MEF, prestadores de servicios, sociedad civil, etc.).
3. Elaborar planes operacionales con actores a varios niveles
4. Realizar la reunión extraordinaria para firma de convenios de gestión con cada actor
5. Elaborar lineamientos técnico de la línea de base del Programa con especial enfoque en género;
6. Identificar hipótesis de Trabajo para investigación-acción y verificar si las hipótesis son relevantes. , con enfoque de género, para entregar a SUNASA a efectos de la licitación pertinente
7. Establecer el plan de seguimiento,
8. Realizar el taller inicial para revisar los indicadores propuestos y obtener una propuesta final.
9. El monitoreo de la ejecución del Programa incluirá un taller anual que permitirá actualizar el mapeo de actores, y dar seguimiento a los indicadores de proceso, con los compromisos de los actores. 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.

- 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

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.

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

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

Puesto	Contrato por	Responsabilidad selección
Director nacional	SIS	Comité de selección
Co-Director Internacional-ATI	CTB	CTB
Responsable Administrativo Financiero (RAF)	CTB	CTB
Experto M&S	CTB	CTB
Asistente Contable	CTB	CTB
Secretaria	CTB	Comité de selección
Chofer	CTB	Comité de selección

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

realizará el Comité de Selección.

El responsable administrativo financiero y el experto M&S por la CTB mediante selección en Perú;

El asistente contable, la secretaria y chofer por la DP (DP);

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. MEF evalúa estos informes anuales, las evaluaciones de retroalimentación en la planificación del presupuesto del próximo año.

- A nivel regional, el plan de seguimiento y evaluación está vinculada a la Implementación Plan Regional, y se basa en el marco de resultados que se ha identificado de conformidad con los objetivos de la AUS, cada objetivo incluye una serie de targets.

- El seguimiento y evaluación se llevará a cabo en coordinación con los diferentes actores involucrados en la aplicación de la AUS: CTIR y la Administración Regional de Salud, junto con el Comité de seguimiento de la AUS que es responsable ante la SETEC y debe informar periódicamente al CTIR.

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. Estas misiones nutrirán la Dinámica y la Investigación-Acción de Aprendizaje

entre actores un nivel regional y nacional. La evaluación se iniciará a partir de preguntas de evaluación formuladas por las distintas partes interesadas en el programa.

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/o 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.

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 Específico 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.

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).

Se promoverá la articulación con el Proyecto de Desarrollo Estratégico de los Recursos Naturales de la Cooperación Belga, especialmente en los temas de planificación participativa y control social, bajo el liderazgo de los gobiernos locales y regionales.

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,

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 resolutive 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

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 específicas 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:

- 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 Una planificación nacional, regional y local que permita la asignación de recursos en relación con las necesidades (R2.3)
 - o La organización eficiente del servicio, que incluye un sistema informático ágil y eficiente, que no sobrecargue innecesariamente los prestadores de salud. (R4.1)
- 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).

6.3. 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.

El reto para el Programa será apoyar el AUS en lograr un financiamiento suficiente, un manejo financiero costo-efectivo, con participación de los gobiernos regionales y de los beneficiarios, de tal forma que la gratuidad y el acceso real sean un hecho para los beneficiarios. El Resultado 4.7 se refiere de manera específica al sistema de gestión y asignación de medicamentos suficiente, oportuna y racional.

6.4. Derecho de los niños

El gobierno ha priorizado de manera especial la población infantil, con Programas de complementación alimentaria como 'Vaso de leche' que surge desde reivindicaciones sociales en los años '80, y últimamente con el Programa 'Juntos', que prioriza en las áreas 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 cedulação 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.

También existe un reconocimiento de la importancia de la salud mental en temas como violencia intrafamiliar y sexual, para lo cual se coordinará con la instancia respectiva (MEMDES a nivel nacional y PILVFS en el departamento de Ayacucho).

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.

7. ANEXOS

Los Anexos comprenden:

- El Cuadro de Marco Lógico
- El Presupuesto
- El Cronograma
- Términos de Referencia de los RH

7.1. Matriz de Marco Lógico

MARCO LÓGICO						
Título del proyecto: PROGRAMA DE APOYO A LA POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL PERU, A TRAVÉS DEL SIS (SIS-TEC)						
Objetivos	Indicadores objetivamente verificables	Medios de Verificación	Hipótesis y riesgos			
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.	Razon de mortalidad materna Tasa de mortalidad infantil Prevalencia de desnutrición crónica infantil.	REPORTES MINSA REPORTES MINSA REPORTES MINSA	Mejora de los determinantes sociales de la salud.		
	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 i niñas en situación de pobreza y extrema pobreza, según sus necesidades diferenciadas, en regiones priorizadas del país	% de Gasto de Bolsillo en Salud de la población pobre o extremadamente pobre.		ENAHO	Política de Aseguramiento en Salud se mantenga como prioridad del Estado.
		Percepción del acceso a los servicios de Salud en población geográficamente excluida	ENCUESTAS EN ZONAS DE INTERVENCION			
Percepción del cumplimiento de las garantías explícitas en el PEAS con enfoque de genero		ENCUESTAS EN ZONAS DE INTERVENCION				
Título del proyecto						
Resultados	Indicadores objetivamente verificables	Medios de Verificación	Supuestos			
R1	R.1. Extender el aseguramiento en salud en regiones de pobreza y extrema pobreza	% de cierre de brecha de cobertura en el aseguramiento de la población objetivo en situación de extrema pobreza y pobreza.	BASE DE DATOS SIS	Alianzas estratégicas entre SISFOH y RENIEC		
	% de cierre de brecha de cobertura de mujeres en edad fértil perteneciente a la población objetivo aseguradas.	BASE DE DATOS SIS				

R2	R.2. Ampliar la cobertura de beneficios de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico de la población	% de diagnosticos CIE 10 que pasan de Cobertura Extraordinaria a PEAS o Plan Complementario	DECRETOS SUPREMOS, RESOLUCIONES MINISTERIALES, RESOLUCIONES JEFATURALES	Crecimiento del gasto público en salud.
		% de condiciones asegurables implementadas de acuerdo a programación del MINSA.		
		% de enfermedades de alto costo que pasan de Cobertura Extraordinaria a listado FISSAL.		
R3	R.3. Garantizar la calidad de la atención, mediante la introducción de garantías en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.	% de prestaciones rechazadas	BASE DE DATOS SIS	Los prestadores cumplen los estándares de acreditación.
		% de cumplimiento de garantías explícitas de los establecimientos de salud que atienden afiliados SIS.	INFORMES DE SUPERVISION SIS	
R4	R.4. Fortalecer el Seguro Integral de Salud en el Marco del AUS	% de conocimiento efectivo del SIS	ENCUESTAS EN ZONAS DE INTERVENCION	Se implementa de manera adecuada el Plan de Comunicación
		% de incremento de afiliados que cuenta con DNI registrado en la base de datos	BASE DE DATOS SIS	

7.2. Presupuesto

PRESUPUESTO TOTAL				Modo de Ejecución	BUDGET TOTAL	%	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
A	Cobertura de afiliación y beneficios del SIS extendida con garantías de calidad en marco del AUS				11.419.680	85%	1.769.536	4.379.900	2.517.114	2.153.130	600.000
R.1. Extender el aseguramiento en salud en regiones de pobreza y extrema pobreza					600.000	4%	100.000	150.000	150.000	100.000	100.000
A	01	<i>Promover las afiliaciones en la población objetivo en regiones de pobreza y extrema pobreza.</i>		<i>cogestion</i>	600.000	4%	100.000	150.000	150.000	100.000	100.000
		01	Implementar un plan de incentivos para incrementar las afiliaciones en regiones de pobreza y extrema pobreza.	<i>cogestion</i>	250.000		50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		02	Monitorizar la afiliación de las mujeres en edad fértil de la población objetivo en regiones en condiciones de pobreza y extrema pobreza	<i>cogestion</i>	350.000		50.000	100.000	100.000	50.000	50.000
R.2. Ampliar la cobertura de beneficios de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico de la población					1.250.000	9%	550.000	550.000	50.000	50.000	50.000
A	02	<i>Diseño e implementación de nuevas propuestas de mecanismo de pago para el segundo y tercer nivel de atención.</i>		<i>cogestion</i>	800.000	6%	300.000	500.000	0	0	0
		01	Implementación de mecanismos de pago y realización de ajustes	<i>cogestion</i>	400.000			400.000	0	0	0
		02	Estudios y propuesta para la creación del fondo de operación del Seguro Subsidiado y semi contributivo	<i>cogestion</i>	300.000		300.000		0	0	0
		03	Elaboración de los instrumentos financieros para la administración de los fondos del Seguro	<i>cogestion</i>	100.000			100.000	0	0	0
A	02	<i>Desarrollar nuevos esquemas de contrataciones de servicios de salud, con la articulación de los diversos prestadores (privados, fuerzas policiales, fuerzas armadas, EsSalud, otros).</i>		<i>cogestion</i>	450.000	3%	250.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		04	Elaboración de tarifas para las prestaciones del II y III nivel de atención	<i>cogestion</i>	200.000		200.000	0	0	0	0
		05	Generación de convenios con entidades públicas y privadas para intercambio prestaciones	<i>cogestion</i>	250.000		50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
R.3. Garantizar la calidad de la atención, mediante la introducción de garantías en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.					2.492.418	18%	286.593	1.183.400	561.825	370.600	90.000
A	03	<i>Implementar mecanismos de supervisión y sistemas de supervisión y vigilancia social</i>		<i>cogestion</i>	1.137.418	8%	181.593	350.900	294.325	240.600	70.000
		01	Desarrollar un sistema de información a los asegurados respecto a las coberturas, condiciones y limitaciones del contrato para los Régimenes Subsidiado y Semi subsidiado	<i>cogestion</i>	200.000		40.000	80.000	40.000	40.000	
		02	Implementar el Centro de Atención al Asegurado a nivel nacional	<i>cogestion</i>	537.418		101.593	160.900	164.325	110.600	
		03	Mejoramiento del sistema de información a los prestadores	<i>cogestion</i>	200.000		40.000	60.000	40.000	40.000	20.000
		04	Implementar un plan de incentivos para el mejor desempeño del prestador.	<i>cogestion</i>	200.000			50.000	50.000	50.000	50.000

		Modo de Ejecución	BUDGET TOTAL	%	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
		Modo de Ejecución	BUDGET TOTAL	%	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Z	Gastos Generales		2.012.820	15%	447.139	383.014	411.014	391.014	380.639
Z 03	Gastos de funcionamiento	cogestion	415.820	3%	64.939	95.314	95.314	95.314	64.939
Z 03 01	Servicios y gastos de mantenimiento	cogestion	42.000		8.400	8.400	8.400	8.400	8.400
Z 03 02	Gasto de funcionamiento de vehículos	cogestion	16.320		3.264	3.264	3.264	3.264	3.264
Z 03 03	Telecomunicaciones	cogestion	9.000		1.800	1.800	1.800	1.800	1.800
Z 03 04	Material de oficina	cogestion	18.000		3.600	3.600	3.600	3.600	3.600
Z 03 05	Misiones y otros gastos de funcionamiento: viáticos, subsistencias y transporte de personal	cogestion	243.000		30.375	60.750	60.750	60.750	30.375
Z 03 06	Gastos de representación y de comunicación externa		50.000		10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Z 03 11	Presupuesto para comunicación y publicación	cogestion	37.500		7.500	7.500	7.500	7.500	7.500
Z 04	Auditoria, Monitoreo y Evaluación	regie	176.000	1%	30.000	22.500	50.500	22.500	50.500
Z 04 01	Evaluación	regie	56.000				28.000		28.000
Z 04 02	Auditorías	regie	60.000			15.000	15.000	15.000	15.000
Z 04 03	Backstopping	regie	30.000			7.500	7.500	7.500	7.500
04 04	Linea de base	regie	30.000		30.000				
TOTAL			13.500.000		2.216.675	4.762.914	2.928.128	2.544.144	1.048.139
		REGIE	1.487.000		292.200	284.700	312.700	284.700	312.700
		COGESTION	12.013.000		1.924.475	4.478.214	2.615.428	2.259.444	735.439
	03	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.	cogestion	300.000		60.000	60.000	60.000	60.000
	04	Fortalecimiento de los sistemas informáticos del SIS.	cogestion	3.870.843		542.943	1.286.500	996.050	1.045.350
X	Reserva Presupuestaria (max 5% * total actividades)		67.500	1%					67.500
X 01	Reserva Presupuestaria	cogestion	67.500	1%					67.500
X 01 01	Reserva Presupuestaria COGESTION	cogestion	67.500						67.500
Z	Gastos Generales		2.012.820	15%	447.139	383.014	411.014	391.014	380.639
Z 01	Gastos de personal	regie	1.311.000	10%	262.200	262.200	262.200	262.200	262.200
Z 01 01	Asistencia Técnica	regie	840.000		168.000	168.000	168.000	168.000	168.000
Z 01 02	Equipo financiamiento, administración y Monitoreo	regie	345.000		69.000	69.000	69.000	69.000	69.000
Z 01 03	Equipo de apoyo	regie	126.000		25.200	25.200	25.200	25.200	25.200
Z 02	Inversiones	cogestion	110.000	1%	90.000	3.000	3.000	11.000	3.000
Z 02 01	Vehículos	cogestion	35.000		35.000	0	0	0	0
Z 02 02	Equipamiento Oficina	cogestion	43.000		35.000	0	0	8.000	0
Z 02 03	Equipamiento Tecnológico	cogestion	32.000		20.000	3.000	3.000	3.000	3.000

7.3. plan de comunicacion

REQUERIMIENTO	ACTIVIDADES	TAREAS	2012		2013		2014		2015		TOTAL	TOTAL EUROS
			PRESUPUESTO	EUROS	PRESUPUESTO	EUROS	PRESUPUESTO	EUROS	PRESUPUESTO	EUROS		
Formulación del Plan de Comunicación	Estrategia informativa y publicitaria	Elaboración de un diagnóstico de las zonas de intervención.	15.000	3.750	15.000	3.750	15.000	3.750	15.000	3.750	60.000	15.000
		Elaboración de un plan de marketing con enfoque social para las zonas de intervención.	25.000	6.250	25.000	6.250	25.000	6.250	25.000	6.250	100.000	25.000
		Determinación de estrategias de intervención y específicas para poblaciones nativas por UDR según zonas AUS.	10.000	2.500	10.000	2.500	10.000	2.500	10.000	2.500	40.000	10.000
		Elaboración de mensajes en base a públicos según características de las zonas de intervención.	10.000	2.500	10.000	2.500	10.000	2.500	10.000	2.500	40.000	10.000
		Diseño de piezas gráficas informativas, de promoción y de merchandising.	10.000	2.500	10.000	2.500	10.000	2.500	10.000	2.500	40.000	10.000
		Validación de los mensajes y piezas gráficas.	5.000	1.250	5.000	1.250	5.000	1.250	5.000	1.250	20.000	5.000
		Plan de Operativo de las actividades por zonas de intervención	5.000	1.250	5.000	1.250	5.000	1.250	5.000	1.250	20.000	5.000
		Plan de Evaluación y Monitoreo	5.000	1.250	5.000	1.250	5.000	1.250	5.000	1.250	20.000	5.000
Difusión Mediática	Difusión Radial	Transmisión en las zonas de intervención (castellano, quechua, aymara, aguaruna, amuesha, asháninca y otros idiomas nativos).	800.000	200.000	700.000	175.000	700.000	175.000	700.000	175.000	2.900.000	725.000
	Perifoneo local / Altoparlantes	Producción de audios para las zonas de intervención.	25.000	6.250	25.000	6.250	25.000	6.250	25.000	6.250	100.000	25.000
		Locutor de la zona.	15.000	3.750	15.000	3.750	15.000	3.750	15.000	3.750	60.000	15.000
		Perifoneo en 10 puntos de alta concurrencia en la jurisdicción de cada UDR – zona de intervención.	15.000	3.750	15.000	3.750	15.000	3.750	15.000	3.750	60.000	15.000
		Alquiler de la movilidad y parlantes.	25.000	6.250	25.000	6.250	25.000	6.250	25.000	6.250	100.000	25.000
Producción Radial	Cuñas radiales en lenguas nativas	1. Redacción del guión radial. 2. Musicalización según zonas nativas.	80.000	20.000	80.000	20.000	80.000	20.000	80.000	20.000	320.000	80.000
	Jingles en lenguas nativas	3. Traductor y locutor del dialecto	80.000	20.000	80.000	20.000	80.000	20.000	80.000	20.000	320.000	80.000

Posicionamiento	Campañas de Difusión y Afiliación	1. Comisión y viáticos de los comisionados a las zonas de intervención y equipo técnico de Lima. 2. Proyección de 4 campañas en cada udr - zona de intervención. 3. Recursos técnicos y logísticos para la convocatoria, organización y seguimiento de la campaña.	147.500	36.875	147.500	36.875	147.500	36.875	147.500	36.875	590.000	147.500
	Activaciones sociodramas y/o	4. Contratación del servicio de activaciones o sociodramas culturales para la difusión de mensajes y entrenamiento de los asistentes a las campañas en cada UDR -zona de intervención.	151.000	37.750	151.000	37.750	151.000	37.750	150.000	37.500	603.000	150.750
Diseño y producción de materiales gráficos	Material informativo y educativo que fomente la acción	El material estará orientado según público y en diferentes formatos impresos (cartilla, díptico, volante, banner, banderolas) 1. Material para padres y madres de familia. 2. Material para escolares.	350.000	87.500	300.000	75.000	300.000	75.000	220.000	55.000	1.170.000	292.500
	Material de exhibición que fomente la acción	3. Material para líderes de organizaciones sociales de base. 4. Material para prestadores de salud.	250.000	62.500	250.000	62.500	250.000	62.500	200.000	50.000	950.000	237.500
Producción de merchandising	Artículos promocionales	Artículos que se entregarán durante las acciones de intervención a la población de las zonas de intervención. 1. Stickers 2. Lapiceros 3. Lapices. 4. Maletines. 5. Loncheras. 6. Borradores. 7. Tazas 8. Caramelos. 9. Globos y paliglobos 10. Polos. 11. Folderes 12. Blocks 13. Calendarios de bolsillo. 14. Llaveros. 15. Gorros. 16. Pines.	250.000	62.500	300.000	75.000	300.000	75.000	200.000	50.000	1.050.000	262.500

Desarrollo de Capacidades	Talleres dirigidos a personal de salud	1. Recursos técnicos y logísticos para la convocatoria y organización de las charlas en las UDR - zonas de intervención. 2. Asignación para el desplazamiento del personal encargado de la actividad.	200.000	50.000	200.000	50.000	200.000	50.000	200.000	50.000	800.000	200.000
Monitoreo /Seguimiento	Monitoreo de pauta radial	1. Contratación de una empresa dedicada a monitorear la pauta publicitaria programada. 2. Evaluar el nivel de recordación de los mensajes claves emitidos.	100.000	25.000	100.000	25.000	100.000	25.000	100.000	25.000	400.000	100.000
PRESUPUESTO ASIGNADO (Euros)			2488500	643.375	2.473.500	618.375	2.473.500	618.375	2.242.500	560.625	11.558.125	2.440.750

7.4. Plan de informatización

Categoría	Proyecto	Total (S/)	Año 1		Año 2		Año 3		Año 4	
			SI	S II						
Sistemas de Información	Migración Plataforma Informática	200.000	200.000							
	Depuración de la Base de datos	300.000		150.000	150.000					
	Rediseño de la Base de datos	150.000		150.000						
	Sistema de Atención a los Usuarios (quejas y reclamos)	300.000		300.000						
	Sistema de Información Gerencial	400.000		200.000	200.000					
	Rediseño Integral del Sistema de Información del SIS, incluyendo el desarrollo de nuevos módulos (Valorización , Gestión de Seguros, etc)	1.500.000		300.000	300.000	300.000	300.000	300.000		
	Datawarehouse Institucional	1.100.000			100.000	500.000	500.000			
	Sistema Georeferencial	600.000							300.000	300.000
	Sistema de Monitoreo y Evaluación	600.000			300.000	300.000				
	Portal Institucional	150.000					150.000			
	Trámite Documentario Papel 0	900.000			900.000					
	Sistema Integrado de Gestión Administrativa	600.000			150.000	150.000	150.000	150.000		
Procesos y Capacidades	Elaboración Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.	0								
	Implementación CMMI nivel 1 (para desarrollo de sistemas y adquisición de servicios)	150.000		150.000						
	Implementación CMMI nivel 2 (para desarrollo de sistemas y adquisición de servicios)	150.000			150.000					
	Implementación roles PMO (gestión de proyecto)	350.000		50.000	150.000	150.000				
	Asistencia Técnica (formulación de TDR, gestión de proyectos, etc)	720.000		144.000	144.000	144.000	144.000	144.000		
	Fortalecimiento de capacidades informáticas a nivel descentralizado (ODSIS)	400.000			100.000	100.000	50.000	50.000	50.000	50.000
	Implementación Normas Técnicas requeridas.	150.000			150.000					
	Elaboración Plan de Contingencias y Continuidad del Negocio	150.000			150.000					

Licencias y servicios	Adquisición de Licencias de Base de Datos	3.010.000	700.000	700.000	770.000		770.000		70.000	
	Adquisición de Licencias para Desarrollo de Aplicaciones	240.000			200.000		20.000		20.000	
	Adquisición de Licencias para usuarios finales (office, SPSS, Project, Herramientas de diseño, etc)	720.000			600.000		60.000		60.000	
	Certificados Digitales (para sistema de trámite papel 0)	30.000			30.000					
	Adquisición de Licencias análisis OLAP (procesamiento analítico)	550.000					500.000		50.000	
	Servicios de Soporte y Mantenimiento Infraestructura (Mantenimiento servidores, antivirus, sistema operativo, etc)	240.000			80.000		80.000		80.000	
	Mantenimiento Equipos computo	600.000			200.000		200.000		200.000	
	Implementación cableado estructurado sede central	300.000			300.000					
	Implementación 6 nuevas oficinas macroregionales	300.000			300.000					
Infraestructura y Comunicaciones	Adquisición de Infraestructura de HW para el centro de datos - Base de datos, servidores de aplicación y otros	3.600.000	1.200.000	1.200.000					1.200.000	
	Adquisición de Sistema de Almacenamiento redundante	900.000			900.000					
	Adquisición de Infraestructura para Seguridad Perimetral	200.000			200.000					
	PCs	1.750.000	350.000		700.000		350.000		350.000	
	Impresoras	700.000	350.000						350.000	
	Escanner, fax, laptops, proyectores, otros.	1.200.000			600.000				600.000	
	Fortalecimiento de comunicaciones con ODSIS (línea dedicada o VPN),	2.400.000			400.000	400.000	400.000	400.000	400.000	400.000
	Plataforma Call Center	125.000			75.000	50.000				
	Software Call Center	27.750			17.750	10.000				
	Telefonos IPS	38.520			38.520					
Cascos Telefónicos o headsets para operadores telefónicos	23.100			3.500	7.000		11.200		1.400	

Telefonos módulos SIS IPS	90.000		10.000	25.000		25.000		30.000	
Gestor de Colas para la atención presencial	141.000		33.000	54.000		54.000			
Adecuación de Centro de Datos o Implementación de servicio de site externo (housing)	1.200.000			200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000
Total	27.255.370	2.800.000	3.521.770	8.470.000	1.844.000	3.964.200	1.744.000	3.961.400	950.000
Total por año		6.321.770		10.314.000		5.708.200		4.911.400	

Financiamiento:

Recursos Propios
EUROPAN
BID
Sin Especificar
Coop Belga *

Recursos Propios									
EUROPAN	4.040.000								
BID	1.550.000								
Sin Especificar									
Coop Belga *	15.483.370	2.171.770	3.746.000	1.400.000	2.640.200	1.344.000	3.481.400	700.000	
		2.171.770		5.146.000		3.984.200		4.181.400	
		542.943		1.286.500		996.050		1.045.350	
		3.870.843							
	15.038.000								

7.5. Cronograma

CRONOGRAMA			Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
A	Cobertura de afiliación y beneficios del SIS extendida con garantías de calidad en marco del AUS							
R.1. Extender el aseguramiento en salud en regiones de pobreza y extrema pobreza								
A	01	<i>Promover las afiliaciones en la población objetivo en regiones de pobreza y extrema pobreza.</i>						
	01	Implementar un plan de incentivos para incrementar las afiliaciones en regiones de pobreza y extrema pobreza.						
	02	Monitorizar la afiliación de las mujeres en edad fértil de la población objetivo en regiones en condiciones de pobreza y extrema pobreza						
R.2. Ampliar la cobertura de beneficios de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico de la población								
A	02	<i>Diseño e implementación de nuevas propuestas de mecanismo de pago para el segundo y tercer nivel de atención.</i>						
	01	Implementación de mecanismos de pago y realización de ajustes						
	02	Estudios y propuesta para la creación del fondo de operación del Seguro Subsidiado y semi contributivo						
	03	Elaboración de los instrumentos financieros para la administración de los fondos del Seguro						
A	02	<i>Desarrollar nuevos esquemas de contrataciones de servicios de salud, con la articulación de los diversos prestadores (privados, fuerzas policiales, fuerzas armadas, EsSalud, otros).</i>						
	04	Elaboración de tarifas para las prestaciones del II y III nivel de atención						
	05	Generación de convenios con entidades públicas y privadas para intercambio prestaciones						

CRONOGRAMA			Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
R.3. Garantizar la calidad de la atención, mediante la introducción de garantías en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.								
A	03	<i>Implementar mecanismos de supervisión y sistemas de supervisión y vigilancia social</i>						
	01	Desarrollar un sistema de información a los asegurados respecto a las coberturas, condiciones y limitaciones del contrato para los Régimenes Subsidiado y Semi subsidiado						
	02	Implementar el Centro de Atención al Asegurado a nivel nacional						
	03	Mejoramiento del sistema de información a los prestadores						
	04	Implementar un plan de incentivos para el mejor desempeño del prestador.						
A	03	<i>Implementar mecanismos de supervisión del SIS</i>						
	05	Desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento en Control y Evaluación de Prestaciones del Seguro						
	06	Generación de Capacidades para mejorar los mecanismos de supervisión, control prestacional.						
A	03	<i>Conformación de instancias de gestión descentralizada, con participación de los niveles nacional, regional y local</i>						
	07	Generación de Capacidades Financieras: en supervisión, liquidación, monitoreo y evaluación del gasto en su ambito de trabajo, en las Regiones del Programa						
	08	Encuestas a nivel nacional para medir el grado de satisfacción de los asegurados y el conocimiento de los prestadores						
	09	Capacitar al personal de la ODSIS y Regiones del Programa						
	10	Implementacion y equipamiento de las Sedes Macroregionales						
R.4. Fortalecer el Seguro Integral de Salud en el Marco del AUS								
A	04	<i>Fortalecimiento del SIS</i>						
	01	Implementación del Plan de comunicación a nivel nacional						
	02	Generación de Capacidades de la IAFAS SIS en Aseguramiento Publico						
	03	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.						
	04	Fortalecimiento de los sistemas informaticos del SIS.						

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, impulsar la articulación de los actores clave, en función de apoyar la configuración de un sistema de aseguramiento universal, con entidades fortalecidas y clarificadas en sus roles, 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

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.
- Asegurar el desarrollo de la política nacional relacionada SIS / AUS, es alimentada por investigación-acción relevante.
- Interpretación y cumplimiento fiel del DTF para impulsar el Programa; y
- Todas aquellas necesarias para el buen funcionamiento del Programa.
- 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 4 en programas de cooperación bilateral o multilateral en el Sur.
- experiencia en administración de sistemas complejos

- Experiencia en acompañamiento de procesos de cambio relevantes, experiencia en trabajos voluntarios, serán tomados en cuenta parcialmente.

De preferencia, experiencia:

- con sistemas de salud en países de la región.
- 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 su 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,

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, impulsar la articulación de los actores clave, en función de apoyar la configuración de un sistema de aseguramiento universal, con entidades fortalecidas y clarificadas en sus roles, 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.

- 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.

- 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 su 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 (TECN-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.

- 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.

- 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.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Aid Effectiveness. A progress report on implementing the Paris declaration. DGD. Brussels. 2008.
2. Arróspide M, Rozas K., Valderrama J. Presupuesto evaluado: Seguro Integral de Salud. Octubre 2009.
3. Connor C., Hong Wang. Manuel sur l'Assurance Maladie Comment l'opérationnaliser. Health Systems Project. Mai 2010.
4. Country Strategy Paper 2007-2013, Perú. European Commission. Lima. 2007.
5. Cuentas Nacionales del Perú, 1995 – 2005. Ministerio de Salud. Oficina General de Presupuesto. CIES. Observatorio de la Salud – Lima. Marzo 2008
6. Daeren L. Hacia sistemas de seguridad social en salud que generan una mayor equidad de género. El caso del Perú. Lima, Diciembre 2009.
7. Do our children have a chance? The 2010 Human Opportunity Report for Latin America and the Caribbean. WB. Washington, 2010.
8. Duran F. Cobertura contributiva de la Seguridad Social en el Perú. ¿Avanza el aseguramiento contributivo? OIT. Lima, Perú. 2009.
9. Egalité des droits et des chances entre les femmes et les hommes. Note stratégique. DGD. Bruxelles, 2002.
10. El Plan Esencial de Aseguramiento en salud. Fundamentos conceptuales y metodológicos para su formulación. MINSA. Junio 2010.
11. El PROSIS: una experiencia de apoyo al aseguramiento en Salud en el Perú. CTB-Perú. Lima. Diciembre, 2009.
12. Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. Minsa. Agosto 2007. http://www.minsarsta.gob.pe/redtupacamaru/estrategias_sexual.htm
13. Evaluation institutionnelle (IOCA). Note conceptuelle et méthodologique. BTC.
14. Extending Social Protection in Health. GTZ Berlín, December 2007.
15. Extensión de los sistemas de Salud basados en la APS. Análisis de la articulación de los sistemas en el Perú. OPS. Washington, 2007.

16. Guía y Manuales para el Empadronamiento de Hogares SisFoh. MEF. 2010.
17. Huallpa C. Plan Regional de Aseguramiento Universal en Salud Apurímac 2010-2012. Enero 2010.
18. Investir dans la santé pour un meilleur bien-etre. Cadre conceptuel de la Coopération belge en santé. Because Health. Bruxelles, 2007.
19. La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad. CEPAL, Montevideo. Marzo 2006.
20. 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
21. Lutte contre le SIDA. Note de stratégie. DGD. Bruxelles. Mars 2006.
22. MoU entre el Ministerio de Salud y los Socios al Desarrollo que soportan la Política del Aseguramiento en Salud. Lima, 2010.
23. Nuevas tendencias de la Cooperación Internacional en Perú. CTB-Perú. Lima, abril, 2008.
24. Plan nacional concertado y descentralizado para el desarrollo de capacidades en Salud. 2010-2015. Minsa. Dirección de Recursos Humanos. Septiembre 2010.
25. Public Financial Management Performance Report. European Union, WB and IADB, Perú. Report 49949-PE, April 2009.
26. Renewing Primary Health Care in the Americas. A position Paper of the Pan-American Health Organization / World Health Organisation, 2007.
27. Ravesloot S. Gender Mainstreaming in BTC. BTC gender unit/EST. Brussels. March 2010.
28. Roduner D., Schlappi W. Egli W. Logical Framework Approach and Outcome Mapping, a constructive attempt of Synthesis. Zurich, April 2008
29. Santé et droits sexuels et reproductifs. Note de stratégie. DGD. Avril 2007.
30. Zurro M., Perez C. Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica Clínica. Elsevier. Barcelona, mayo 2008.