



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA

Proyecto Políticas en Salud

MANUAL OPERATIVO DEL PROGRAMA DE ACCIONES INTEGRALES PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN INFANTIL (PAIMNI) EN LA REGIÓN SAN MARTÍN

2012

ÍNDICE

CAPITULOS

I. PRESENTACIÓN DEL MANUAL DE OPERACIONES.....	4
A. MARCO NORMATIVO DE APLICACIÓN	
B. PROPÓSITO Y CONTENIDO DEL MANUAL DE OPERACIONES	
C. USO Y MODIFICACIONES DEL MANUAL DE OPERACIONES	
II. DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE.....	5
A. OBJETIVO GENERAL DEL COMPONENTE	
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL COMPONENTE DE SERVICIOS DE SALUD	
Sub componente 1: Fortalecimiento de la Red de Servicios para las IE.....	7
Sub componente 2: Procedimientos de las Intervenciones Efectivas (IE).....	8
Sub componente 3: Soporte Administrativo para producir la función de producción de las IE.	10
D. COSTOS DEL COMPONENTE.....	11
E. MATRIZ DE INDICADORES.....	11
III. ORDENAMIENTO INSTITUCIONAL GENERAL PARA EJECUCIÓN DEL COMPONENTE. ESQUEMA y FUNCIONES DE INSTANCIAS INVOLUCRADAS	13
1. Gerencia de Desarrollo Social.....	14
2. Oficina Regional de Administración.....	14
3. Gerencia de Planeamiento y Presupuesto.....	14
4. Unidad de Coordinación del PAIMNI (UCPAIMNI).....	15
5. Dirección Regional de Salud.....	15
6. Redes y Microrredes de la Región San Martín.....	16
IV. ORDENAMIENTO INSTITUCIONAL ESPECIFICO POR SUB COMPONENTE.....	16
1. Fortalecimiento de la Red de Servicios para las IE.....	17
a. Gestión de la salud con enfoque Territorial	
1.2 Mejora Entrega de Servicios a población vulnerable.....	21
2. Pautas Operativas de Procedimientos de las Intervenciones Efectivas (IE).....	22
a) IE en la Atención de Gestante	
b) IE en la Atención de Parto	
c) IE en la Atención de Niño Lactante	
3. Soporte Administrativo para producir la función de producción de las IE	
3.1 Gestión de Recursos Humanos.....	23
a) Normas aplicables a la gestión de recursos materiales	
b) Metodología estándar de Programación de RHUS	
c) Responsabilidad del Proceso de Selección	
d) Valores umbrales de Remuneraciones	
3.2 Gestión de Adquisiciones.....	26
a) Normas aplicables a la gestión de recursos materiales	
b) Documento estándar de Adquisición de recursos	
c) Responsabilidad de Adquisiciones	
d) Plan de Adquisiciones	

ABREVIATURAS, SIGLAS Y GLOSARIO

Abreviaturas	SIGNIFICADO
Organismos/Agencias	Y Direcciones / Dependencias MINSA
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas Ministerio d Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DESP	Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas en la Región
DIREMID	Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
SISMED	Sistema Nacional de Medicamentos
MINSA	Ministerio de Salud
OGA	Oficina General de Administración
OPP	Oficina de Planificación y Presupuesto
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Oficina Panamericana de la Salud
USAID	Agencia para el Desarrollo de EUA
ENDES	Encuesta Demografía y de Salud Familiar
ENCA	Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos
Direcciones y	Dependencias de la Región San Martín
GDS	Gerencia de Desarrollo Social
DIRESA	Dirección Regional de Salud
PAN	Plan Articulado Nutricional
RED	Conjunto de Microrredes de Salud
MICRORRED	Unidad básica de la Red conformada por establecimientos de diversa complejidad que funcionan en forma integrada
ESRI	Estrategia Regional de Inmunizaciones
UE	Unidad Ejecutora, oficinas de la DIRESA, Red y MR MCC
ESRSM	Estrategia Regional de Salud Materna
ESRSIN	Estrategia Regional de Salud Integral Niño
PAIMNI	Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil
Acepciones Técnicas y	Sanitarias
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
IRA	Infección Respiratoria Aguda
LME	Lactancia Materna Exclusiva
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
MAI	Modelo de Atención Integral
APS	Atención Primaria de Salud
IE	Intervenciones Efectivas
SRO	Rehidratación Oral

I. PRESENTACIÓN DEL MANUAL DE OPERACIONES PAIMNI (MO)

El presente Manual de Operaciones (MO) constituye la guía general de operación de los servicios de salud relacionados a las Intervenciones Efectivas (IE) previstos en el componente *Acceso a Servicios de Salud* del Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil (PAIMNI) en San Martín. Como se sabe la desnutrición en niños y niñas menores de tres años, incrementa el riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida.

Para el caso de la región, al año 2009 la prevalencia de DCI es de 28.2% en menores de 5 años, localizándose en 33 distritos de zonas urbano marginales y rurales principalmente. Las evaluaciones realizadas en otros contextos han demostrado que estas IE, no llegan a todos aquellos que las necesitan, en particular a los más pobres, por lo que su implementación en áreas de escasos recursos será un reto para la región.

A. MARCO NORMATIVO DE APLICACIÓN

Este documento, ha sido diseñado como una herramienta dinámica de apoyo a la región para la ejecución del componente de servicios, constituye el instrumento de referencia para su gestión, lo que hace viable el cumplimiento de sus fines para reducir la DCI, tiene un alcance normativo, al definir responsabilidades que emergen del cumplimiento de las normas y procedimientos acordados.

B. PROPÓSITO Y CONTENIDO DEL MANUAL DE OPERACIONES

El MO tiene como propósito orientar la operación de los servicios de salud, mediante la aplicación de criterios estandarizados que permitan la ejecución ágil y flexible de las IE en el componente de servicios, para ello establece los procedimientos, instancias involucradas en la implementación y sus niveles de responsabilidad. El MO es flexible, debido a que debe tener los ajustes necesarios que serán identificados por la Región, la Gerencia de Desarrollo Social u otros actores operativos durante su marcha.

La modificación o incorporación de nuevas normas, mecanismos o procedimientos serán realizadas por la Región durante la supervisión que realice éste último.

El objeto consiste en lograr una mayor eficiencia en la fase de implementación de las IE, el MO en el Capítulo I presenta el documento; el Capítulo II, una descripción de los Subcomponentes del componente de salud del programa e indicadores de resultados; el Capítulo III expone el detalle de los arreglos generales de la organización de la Región San Martín para la ejecución del Componente, el Capítulo IV presenta los arreglos específicos para la ejecución de los Subcomponentes.

C. USO Y MODIFICACIONES DEL MANUAL DE OPERACIONES

El MO ha sido preparado como parte de la Asistencia Técnica del Proyecto Políticas de Salud a solicitud de la Región y con su previa aprobación, tiene la característica de ser de uso obligatorio para todos los funcionarios y ejecutores involucrados en el cumplimiento de los objetivos del Componente de Servicios del Programa. El contenido del MO es sujeto de modificaciones, en función de nuevas necesidades o procedimientos que el Componente requiera. Las modificaciones podrán ser propuesta y modificadas por la Región.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA y COMPONENTE DE SERVICIOS DE SALUD.

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

Para ello se afronta la DCI como un problema multicausal, de manejo multisectorial, a través de varios Componentes, a realizarse en forma coordinada y simultánea los que se presentan en el siguiente cuadro.

Disminución de desnutrición crónica en niños menores de 5 años para el 2014				
Acceso a servicios de salud de calidad e intervenciones sanitarias de impacto en la nutrición infantil	Conocimiento de prácticas saludables para la prevención de la desnutrición infantil	Acceso a servicios de agua potable y saneamiento básico	Acceso y disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad para las familias	Intervenciones intersectoriales e intergubernamentales articuladas en nutrición

Fuente: Doc. Plan Asistencia técnica para implementación de IE Región SM.

El abordar las causas subyacentes del problema permitirá producir el máximo grado de reducción de la DCI. Cada casillero del cuadro es un Componente del Programa, que expresa un objetivo a lograr por los diferentes sectores; el primero sobre “*Acceso a servicios de salud de calidad e intervenciones sanitarias de impacto en la nutrición infantil*”, a cargo del sector Salud con sus servicios y el segundo sobre “*Conocimiento de prácticas saludables para la prevención de la DCI*”, lo comparte el mismo sector Salud con el de Educación; dirigido especialmente a mujeres y niñas en formación para la prevención de la desnutrición. El tercer y cuarto componente son asumidos por el sector vivienda y agricultura, mientras que el último asegura las acciones de coordinación multisectoriales para la coordinación de la implementación del plan. Dichos sectores dentro de la organización de la región se ubican bajo la coordinación de la Gerencia de Desarrollo Social.

A. OBJETIVO GENERAL DEL PAIMNI

Reducir la Desnutrición Crónica Infantil, implementando IE, en una nueva cohorte de Recién Nacidos, ubicados en 33 distritos priorizados de la Región San Martín.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL COMPONENTE DE SERVICIOS DE SALUD (SS)

1. Mejorar la ingesta de nutrientes y micronutrientes en madres gestantes y lactantes.
2. Prevención oportuna de enfermedades causantes de desnutrición en madres gestantes y Lactantes.
3. Tratamiento eficaz de enfermedades prevalentes de la infancia, causantes de desnutrición.

C. SUB COMPONENTES

El sector salud en la región, representado por la Dirección Regional de Salud brinda servicios de salud pública e individual a la población a través de una Red de Establecimientos. El contexto del sector en los distritos priorizados para la reducción de la DCI, muestra un entorno difícil de escaso acceso a servicios mínimos para la población, por lo que se requiere fortalecerlos para ampliar su cobertura.

Siendo que la población objetivo es una cohorte de niños, en los que se interviene con sus madres gestantes que luego son parturientas y puérperas; así como Recién Nacidos, que posteriormente son lactantes y niños menores de 2 hasta 5 años; la prestación de servicios que requieren son preventivos y recuperativos en salud y nutrición; donde se van a brindar las Intervenciones Efectivas, enfatizando su aplicación en servicios o áreas de los establecimientos como control de gestante, atención de parto, control del niño y atención médica o especializada.

El abordar los principales problemas del sector permitirá que la prestación de servicios alcance su potencial de atención, por ello es relevante reforzar la gestión en salud, donde se distingue tres niveles de actuación:

-la gestión sanitaria macro, o política sanitaria representado por el MINSA central, que propone la política de salud y en particular, aquella relacionada a la reducción de la DCI...

-la gestión sanitaria meso, o gestión de centros, que para el acceso a servicios e implementación de las IE, requiere de la DIRESA que conducen, organizan y supervisan los establecimientos a través de sus entes como la Dirección de Salud Integral, Redes y Hospitales de referencia; y dotan de recursos a los establecimientos para la producción de salud, a través de sus Unidades Ejecutoras con sus funciones de soporte administrativo.

-la gestión sanitaria micro, o gestión clínica a nivel de los Servicios donde los profesionales de salud, brindan la atención directa a los usuarios a través de sus rutinas de trabajo y práctica clínica, los que deben aplicar los procedimientos asistenciales de las Intervenciones Efectivas, en la atención de la población objetivo, siendo de utilidad contar con una Guía de procedimientos.

De esta forma en los niveles de gestión sanitaria y soporte administrativo de la DIRESA y la gestión clínica de los establecimientos de la región, constituyen los siguientes Subcomponentes:

1. Fortalecimiento de la Red de Establecimientos para las IE.
2. Guía de procedimientos de Intervenciones Efectivas.
3. Soporte Administrativo para producir la función de producción de las IE.

Sub Componente 1: Fortalecimiento de la Red de Establecimientos para las IE

El objetivo del subcomponente es que el sector salud de la región se dé abasto para la demanda creciente de los servicios, sobre todo en las zonas de los distritos priorizados donde está la DCI, con servicios esenciales ampliando el acceso de la población objetivo. Se debe seleccionar los puntos de prestación de servicios que sean apropiados al contexto en lugares accesibles, culturalmente adecuados y que no presentan barreras.

Estos deben adoptar el diseño del componente de salud basado en las Intervenciones Efectivas se plantea para ello las siguientes actividades:

1. Fortalecimiento del primer nivel de atención para desarrollar la Red de servicios con un mínimo de operación profesional.

El desarrollar la Red de servicios de Atención Primaria de Salud (APS) se entiende como el primer nivel asistencial en países de ingresos altos; a diferencia de otros países, donde el acceso a la atención sanitaria es menor, en los que se considera más bien, como una estrategia de todo el sistema.

Los sistemas que enfatizan la APS, implican una mayor colocación de recursos en este nivel. Ellos tienden a ser sistemas más pro pobre, accesibles y equitativos en la distribución de Resultados de salud.

En concordancia con ello MINSA ha emitido recientemente un documento técnico que expone Los principales criterios para desarrollar redes de servicios de primer nivel o APS denominado “Modelo de Atención integral de salud, basado en Familia y Comunidad”

Las actividades están dirigidas a estimar la brecha de atención del primer nivel de atención de los servicios con base territorial, vale decir en los distritos priorizados con problema de DCI, según criterios establecidos en la norma, aplicados y revisados con el equipo de gestión de la DIRESA.

2. Mejoramiento de la entrega de servicios de salud a las poblaciones vulnerables (gestantes y niños desnutridos) con barreras de acceso a los servicios de salud.

El grado de «fortaleza» del primer nivel no depende sólo de su existencia, sino del desarrollo de cuatro atributos claves: a) accesibilidad, b) globalidad o integralidad de cuidados, que es la gama de servicios diagnósticos y terapéuticos y su calidad, c) coordinación de la atención y d) longitudinalidad, que es la atención regular a lo largo de toda la biografía del sujeto⁽⁴⁾

Como se expuso anteriormente el componente de SS para las IE, plantea la estrategia de “seguimiento de una cohorte de niños desde la etapa de gestación”, que requiere de la característica de longitudinalidad (definida como seguimiento de la evolución y maduración de individuos o grupos a lo largo del tiempo) de la APS.

Contribuye a ello sus otras características pues al darse una relación habitual del usuario con el establecimiento, implica que éste será el lugar de atención de primer contacto, y deben ser más accesibles; si falla, no se presta la atención, esta se retrasa y causará más gastos adicionales y resultados negativos.

La entrega de servicios de forma integral en el control pre y post natal de la gestante, y del niño así como la atención de enfermedades prevalentes en este nivel, permitirá la identificación y vigilancia de la desnutrición y/o anemia en gestantes y RN Bajo Peso para lograr su recuperación a través de acciones priorizadas como mayor protección alimentaria, Tratamiento. Ambulatorio o ser referidos a tratamiento especializado.

Subcomponente 2: Guía de procedimientos de Intervenciones Efectivas (IE)

El objetivo del subcomponente es estandarizar los procedimientos asistenciales de las IE, en la práctica clínica de los Establecimientos de Salud de la región; a través de las Pautas Operativas de Procedimientos validada con actualización del conocimiento de los RHUS en su práctica diaria de las IE.

Intervenciones efectivas de acción inmediata	Procedimientos asistenciales
Incrementar la ingesta de vitaminas y minerales en las madres gestantes	Captación de gestantes en establecimientos/MR/Red
	Afilación al SIS de la gestante
	Control pre-natal
	Provisión (ingesta) de Zinc
	Provisión (ingesta) de Acido Fólico y Hierro
	Consejería para lactancia materna inmediata <6hr.
	Consejería para el incremento de práctica en lavado de manos
	Consejería en planificación familiar
	Seguimiento de controles previstos y vigilancia de desnutrición derivación parto
Disminuir el riesgo de anemia en la atención del recién nacido	Registro del parto (institucional o domiciliario)
	Atención adecuada del RN al momento del parto (incluye "Clampaje" del cordón umbilical oportuno, etc.)
	Contacto físico precoz para lactancia materna inmediata <6hr.
	Consejería de lactancia materna (prevención de mastitis y heridas en el pezón)
	Consejería para la identificación de signos de alarma en niño menor de 7 días
	Consejería de planificación familiar
	Afilación al SIS del recién nacido y cita de primer control de
	Seguimiento de Recién Nacidos de Bajo Peso
Atención del niño menor de 6 meses con vacunas, CRED e incremento de ingesta de vitaminas y minerales	Afilación al SIS de los miembros de la familia no previamente afiliados
	Control de crecimiento y desarrollo 1 er mes , hasta el 6to.
	Vacunación
	Consejería de lactancia materna exclusiva
	Consejería de inicio de ablactancia
	Consejería de lavado de manos
	Provisión (ingesta) de micronutrientes
	Consejería para la identificación de signos de alarma en niño menor de 6 meses
	Atención del niño enfermo (EDA y neumonía)
	Seguimiento para cumplir con N° controles previstos Niños en riesgo
	Seguimiento del niño enfermo
Atención del niño menor de 6-12 meses con vacunas, CRED, Alimentación complementaria e incremento de ingesta de vitaminas y minerales	Control de crecimiento y desarrollo del 6to al 12vo mes.
	Vacunación
	Consejería de mantenimiento lactancia materna
	Consejería de ablactancia en lactantes de 6-8 meses, de 9-10 meses y de 11 a 12 meses.
	Provisión (ingesta) de micronutrientes
	Consejería para la identificación de signos de alarma en niño
	Atención del niño enfermo (EDA y neumonía)
	Seguimiento del niño enfermo
	Seguimiento para cumplir con N° controles previstos Niños en riesgo
	Identificación y manejo de Desnutrición aguda severa

Los procedimientos recogen las IE propuestas por el informe The Lancet sobre desnutrición crónica infantil, el cual presentó una serie de información con investigaciones sin precedentes sobre la prevalencia de afecciones relacionadas con la nutrición, factores de riesgo, carga de la enfermedad y las respuestas nacionales e internacionales frente a esta problemática.

La lista de IE tiene varios procedimientos que se vienen realizando como parte de las Estrategias de salud de la mujer y salud del niño del MINSA y están financiadas a través de los programas presupuestales estratégicos Articulado Nutricional (PAN) y de Salud Materna y Neonatal (SMN).

Sin embargo, en las visitas realizadas a la región, se ha evidenciado la ausencia y/o mucha variabilidad en la realización de las intervenciones con el atributo de efectividad propuesto en el informe de The Lancet.

Intervenciones efectivas	Procesos operativos	SERVICIOS ÁREAS	HALLAZGO VISITA
	Afiliación al SIS de la gestante	SIS-Servicios	SI
Atención Pre-natal	Control pre-natal	SERVICIO MATERNO	SI (*)
Suplemento de micronutrientes múltiples	Provisión (ingesta) de Zinc		NO
Suplemento de micronutrientes múltiples	Provisión (ingesta) de Acido Fólico y Hierro		VARIABLE
Promoción y educación en prácticas saludables	Identificación y seguimiento de gestante desnutrida		NO
Promoción y educación en prácticas saludables	Consejería para lactancia materna inmediata <6hr.		NO
	Consejería en planificación familiar		VARIABLE
Parto institucional	Registro del parto (institucional o domiciliario)	CENTRO OBSTETRICO ALOJAMIENTO CONJUNTO/NEO	SI
Parto institucional	Atención adecuada del RN al momento del parto (incluye "Clampaje" del cordón umbilical oportuno, etc.)		NO
Promoción y educación en prácticas saludables	CONTACTO FISICO PRECOZ.		NO
Promoción y educación en prácticas saludables	Consejería de lactancia materna (prevención de mastitis y heridas en el pezón)		SI
Planificación familiar	Consejería / servicio de planificación familiar		NO
	Afiliación al SIS del recién nacido	SIS-Servicios	
	Seguimiento de niños con bajo peso al nacer		NO
CRED	Control de crecimiento y desarrollo	CRED / PEDIATRIA	VARIABLE
Promoción y educación en prácticas saludables	Consejería de lactancia materna exclusiva		VARIABLE
Promoción y educación en prácticas saludables	Consejería de lavado de manos		NO
Suplemento de micronutrientes múltiples	Provisión (ingesta) de micronutrientes		NO
	Seguimiento para cumplir con número de controles previstos		NO

Al agruparse los procedimientos específicos a las IE ubicamos dos categorías:

- Los relacionados a la atención como:
 - Identificación y seguimiento de madres y lactantes con riesgo de desnutrición
 - Aporte de micro nutriente y antiparasitario en control gestante.
 - Métodos de planificación familiar en el parto (caso de grandes múltiparas, adolescentes)
 - El clampaje tardío de cordón umbilical y contacto físico precoz del Recién nacido.
- Los relacionados a las Consejerías sobre:
 - Lactancia materna
 - Lavado de manos
 - Alimentación complementaria
 - Planificación familiar en la gestación.

Se identifican como las principales causas la:

- Limitada dotación de personal profesional
- No estandarización en competencias clínicas para las IE.

- Espacios de consejería y demostraciones, equipamientos y materiales básicos no disponibles
- Micro nutrientes y métodos de Planificación familiar insuficientes.

Un aspecto relevante evidenciado en la visita es la población objeto de las IE, donde la magnitud de Madres Adolescentes es alta, de acuerdo a las cifras del MINSA, San Martín ocupa el primer lugar del país, con tendencia creciente; al año 2007 la prevalencia era de 23.1% y al 2009 es de 25.7%. En el Hospital de Tarapoto (hospital regional de referencia) se evidenció que para el año 2010 los abortos era 22% y partos 29.7% para adolescentes.

Su abordaje amerita un especial desarrollo, por los diferentes factores que intervienen, y la importancia de las Complicaciones maternas y riesgos para el bebe de lo contrario sería una limitante para el logro del Componente.

La elaboración de la Guía de Procedimientos consideró la normativa del MINSA correspondiente a las Estrategias de Salud Materna, Salud del Niño, Inmunizaciones y Nutrición así como parte de la revisión sistemática efectuada por el informe Lancet y normas de AIEPI de la OMS.

La calidad de prestación del servicio y la utilización de las Intervenciones (IE), determinará si el componente es verdaderamente exitoso, por ello debe trabajarse constantemente para asegurar que el subcomponente se ejecuta correctamente y se adapta a la situación local.

Subcomponente 3: Soporte Administrativo para producir la función de producción de las Intervenciones Efectivas.

El objetivo del subcomponente es identificar y agilizar los procesos de las Unidades de soporte o apoyo a los SS ubicados en las diferentes Unidades Ejecutoras, como Recursos Humanos, Adquisiciones y Finanzas; encargados de la gestión de recursos necesarios para la operación de los establecimientos.

Gestión de Recursos Humanos (RHUS) son el factor más importante para la provisión de mejores servicios de salud, constituyen el 70% aproximadamente de los costos de los servicios de salud; los procesos relacionados a su gestión comprenden desde la planificación del personal de salud (incluyendo normas de dotación de personal), reclutamiento, contratación y asignación así como las condiciones y relaciones laborales, seguridad en el lugar de trabajo, equidad de género, satisfacción laboral y desarrollo profesional.

Requiere de una integración de fuentes de datos del sistema de información de recursos humanos para asegurar la disponibilidad oportuna, para tener datos precisos requeridos para la planificación, capacitación, evaluación y apoyo del personal de salud y por último la evaluación del desempeño, supervisión y productividad.

Gestión de suministro/logística entendido como la compra de bienes como vehículo para dotar a los establecimientos de recursos materiales en forma racional, que hagan posible la ejecución de las IE desde la etapa de su planificación, determinando objetivos, conociendo perfectamente los medios disponibles, valorando las necesidades y controlar la gestión que se realice.

La complejidad de la atención hace que la variedad de productos y la sofisticación de los mismos sea diferente de un nivel de atención a otro, por lo que en general se clasifican de acuerdo a algún criterio conocido como Petitorios en unos casos (medicamentos materiales médicos fungibles no fungibles etc.) y Maestro de Materiales que agrupa materiales de oficina u otro. Los grupos de clasificaciones permiten también al momento de su adquisición facilitar la contabilidad para los controles respectivos, así como la construcción del presupuesto.

Otro importante factor es el sistema de información y monitorización referido a la recolección y análisis de información para la toma de decisiones que se tomen en los diferentes niveles de

gestión, lo que implica el desarrollo de sistemas, formularios, etc. que actualmente está en construcción a cargo de equipo técnico de USAID/Políticas en Salud.

D. COSTOS DEL COMPONENTE

El equipo técnico de USAID/Políticas en Salud junto con el de la región San Martín, estimaron el costo per-cápita de las intervenciones efectivas (sin incluir las intervenciones de agua y saneamiento porque este costo estaba a cargo de la Dirección Regional de Vivienda y Saneamiento del Gobierno Regional) publicado en el documento técnico **¿Cuánto costaría reducir la desnutrición en la región San Martín?** Lima: USAID/Políticas en Salud, Julio 2011. A continuación se adjunta el listado de costos unitarios para niño y gestantes

Intervenciones en el niño menor de 5 años: Metas físicas, unidad de medición y costos unitarios por procedimiento

PROCEDIMIENTO	META FÍSICA 2011	UNIDAD	COSTOS UNITARIOS
Familias adoptan prácticas saludables (Sesión demostrativa)	3458	Sesión	116.79
Administración de Vacuna Recién Nacido BCG y HVB	11148	Niño	3.59
Administración de vacuna niño de 2 meses (RV, Polio y Pentavalente)	11058	Niño	4.13
Administración de vacuna niño de 4 meses (RV, Polio, Pentavalente)	9952	Niño	4.13
Administración de vacuna niño de 6 meses (Polio, Pentavalente)	9952	Niño	4.13
Administración de vacuna niño de 3 y 5 meses (Neumococo)	11058	Niño	4.13
Administración de vacuna niño de 7 y 8 meses (Influenza Pediátrica)	11058	Niño	13.10
Administración de vacuna niño de 4 meses Polio, Rotavirus, DT Pediátrico, HVB e Hib (reactivos a Pertusis)	1107	Niño	4.56
Administración de vacuna niño de 6 meses Polio, DT Pediátrico, HVB e Hib (reactivos a Pertusis)	1107	Niño	4.56
Administración de vacuna niños 12 meses (SPR y Neumococo)	10959	Niño	10.84
Administración de vacuna niño 15 meses (Antiamarílica)	10959	Niño	4.06
Administración de vacuna niño 18 meses (DPT)	10959	Niño	4.13
Administración de vacuna niño 2 años (Polio y Pentavalente)	545	Niño	4.13
Administración de vacuna niño 2 años (SPR y Neumococo)	545	Niño	10.84
Administración de vacuna niño 2 años (Influenza Pediátrica)	10901	Niño	13.10
Administración de vacuna niño 3 años (Polio y Pentavalente)	544	Niño	4.13
Administración de vacuna niño 3 años (SPR y Neumococo)	544	Niño	10.84
Administración de vacuna niño 3 años (Influenza Pediátrica)	7610	Niño	13.10
Administración de vacuna niño 4 años (Polio y Pentavalente)	544	Niño	4.13
Administración de vacuna niño 4 años (Neumococo)	544	Niño	4.13
Administración de vacuna niño 4 años (SPR)	10855	Niño	10.63
Administración de vacuna niño 4 años (Influenza Pediátrica)	544	Niño	13.10
NIÑOS CON CRED COMPLETO (<1 AÑO)	11058	Niño	13.40
NIÑOS CON CRED COMPLETO (1 AÑO)	10959	Niño	12.86
NIÑOS CON CRED COMPLETO (2 AÑOS)	10901	Niño	13.32

PROCEDIMIENTO	META FISICA 2011	UNIDAD	COSTOS UNITARIOS
Visita domiciliaria de seguimiento CRED_URBANA	1712	Niño	12.61
Visita domiciliaria de seguimiento CRED_RURAL	1580	Niño	19.97
Dosaje de Hemoglobina	27389	Niño	3.32
TEST DE GRAHAM	21860	Niño	2.61
Examen seriado de heces	21860	Niño	4.09
NIÑO MENOR DE 36 MESES SUPLEMENTADO CON HIERRO	27389	Niño	3.22
NIÑO < 1 AÑO CON SUPLEMENTO DE VITAMINA A	11058	Niño	0.52
NIÑO DE 12 A 59 MESES SUPLEMENTADO (VITAMINA A)	43585	Niño	0.52
Prácticas en técnicas seguras de desinfección de agua y almacenamiento domiciliario	0		
EDA NO COMPLICADA	6658	Caso	13.01
EDA DISENTÉRICA	796	Caso	14.23
HOSPITALIZACION NIÑO (DIA-CAMA)	22	Caso	57.28
NEUMONÍA	304	Caso	19.90
CONSULTA Y MEDICAMENTOS	8	Caso	205.50
HOSPITALIZACION NIÑO (DIA-CAMA)	8	Día	57.28
CONSULTA Y MEDICAMENTOS	310	Caso	234.86
HOSPITALIZACION NIÑO (DIA-CAMA)	310	Día	57.28
EDA CON DESHIDRATACIÓN	279	Caso	16.52
HOSPITALIZACION NIÑO (DIA-CAMA)	64	Día	57.28
EDA CON DESHIDRATACIÓN Y SHOCK	71	Caso	31.68
HOSPITALIZACION NIÑO (DIA-CAMA)	71	Día	57.28
ATENCIÓN DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	12855	Caso	11.14
VISITA DOMICILIARIA ANEMIA_URBANA	668	Caso	13.81
VISITA DOMICILIARIA ANEMIA_RURAL	617	Caso	21.87
GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FÓLICO	13830	Gestante	21.87
PARASITOSIS INTESTINAL	31855	Caso	18.05
SUPLEMENTO DE CALORÍAS Y PROTEÍNAS PARA NIÑOS DESNUTRIDOS	15300	Canasta	28.50

PROCEDIMIENTO	META FÍSICA 2011	UNIDAD	COSTOS UNITARIOS
SUPLEMENTO DE CALORÍAS Y PROTEÍNAS PARA GESTANTES DESNUTRIDAS	3458	Canasta	25.60

Fuente: Instrumento de costeo de IE ad hoc. ¿Cuánto costaría reducir la desnutrición en la región San Martín?

Lima: USAID/Políticas en Salud, Julio 2011..

Intervenciones en la gestante: Metas físicas, unidad de medición y costos unitarios por procedimiento (en soles)

PROCEDIMIENTO	META FÍSICA 2011	UNIDAD	COSTO UNITARIO EN SOLES
ATENCIÓN DE LA GESTANTE_PRIMERA CONSULTA	13,830	Atención	14.27
ATENCIÓN DE LA GESTANTE_CONTINUADORA	13,830	Atención	6.72
VACUNA ANTITETÁNICA A LA GESTANTE	13,830	Dosis	3.53
VISITA DOMICILIARIA_URBANA	985	Visita	12.61
VISITA DOMICILIARIA_RURAL	909	Visita	19.97
EXAMEN DE LABORATORIO COMPLETO	13,830	Examen	29.30
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	13,830	Examen	13.33
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA GESTANTE	13,830	Atención	13.51
EVALUACIÓN DEL BIENESTAR FETAL	13,830	Atención	24
MÉTODO DIU	219	Atención	15.46
MÉTODO HORMONAL INYECTABLE	7,103	Atención	5.74
MÉTODO DE BARRERA PRESERVATIVO	433	Atención	11.19
MÉTODO HORMONAL ORAL COMBINADO	23,812	Atención	22.40
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA		Atención	
ABSTINENCIA PERIÓDICA	382	Atención	5.36
MÉTODO DE LA LACTANCIA MATERNA (MELA)	1,456	Atención	5.06
ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	20,907	Consejería	8.60
ATENCIÓN PRE CONCEPCIONAL	14,877	Atención	18.43
ATENCIÓN DEL PUERPERIO	11,148	Atención	10.98
ENDOMETRITIS PUERPERAL	447	Atención	126.93
MASTITIS	670	Atención	23.73
ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO	10,034	Atención	78.92
HOSPITALIZACIÓN NIÑO RN (DÍA-CAMA)	10,034	Día-cama	23.37
CONTROL DE RECIÉN NACIDO	11,148	Atención	9.03
VISITA DOMICILIARIA RN_URBANA	579	Visita	12.61
VISITA DOMICILIARIA RN_RURAL	536	Visita	19.97
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	111	Atención	89.66
BAJO PESO AL NACER Y PREMATURO	803	Atención	105.03

Fuente: Instrumento de costeo de IE ad hoc. ¿Cuánto costaría reducir la desnutrición en la región San Martín?

Lima: USAID/Políticas en Salud, Julio 2011..

E. MATRIZ DE INDICADORES

PRINCIPALES INDICADORES DE RESULTADOS

En los siguientes cuadros se detallan los indicadores de resultados asociados a los objetivos planteados por el Componente y los subcomponentes

Objetivo del Componente	Indicadores de Resultado Final	Fórmula del Indicador
Reducir 10 % la Desnutrición Crónica Infantil en Región San Martín	Prevalencia Desnutrición Crónica Infantil	$\frac{\text{Nº Niños de 6-59 meses con retraso T/E } <2\text{DE}}{\text{Total de Niños de 6-59 meses}}$

Objetivos del Subcomponente 1	Indicadores de Resultado Intermedio.	Fórmula del Indicador
Fortalecimiento de establecimientos primer nivel de atención en distritos priorizados.	Porcentaje de Establecimientos 1er. Nivel habilitados con EBAP	$\frac{\text{Nº Establecimientos 1er nivel c/ EBAP}}{\text{Nº Establecimientos Programados}}$
Mejora de entrega de servicios a grupo vulnerable (gv=gestantes, madres y lactantes).	Extensión de Uso 1er. nivel atención x Población de distritos priorizados	$\frac{\text{Nº Usuarios (gv) atendidos en 1er. nivel}}{\text{Población (gv) adscrita en distritos priorizados}}$
	Porcentaje de establecimientos con Lista de Pacientes (grupo vulnerable)	$\frac{\text{Nº Establecimientos c/Lista de Pacientes (gv)}}{\text{Total de Establecimientos}}$
	Concentración al establecimiento por grupo vulnerable de Población en distritos priorizados	$\frac{\text{Nº Consultas externas (gv)}}{\text{Nº Usuarios atendidos (gv)}}$
	Porcentaje de RHUS entrenado en Competencias Clínicas (CC)de IE	$\frac{\text{Nº RHUS 1er.nivel entrenado CC.}}{\text{Total RHUS Establecimientos 1er.nivel}}$

Objetivos Específicos del Subcomponente 2	Indicadores de Resultado Intermedio		
	Intervenciones Efectivas	SM 2009	Cobertura 2014
Mejorar la ingesta de nutrientes y micronutrientes en madres gestantes y lactantes.	Suplemento energizante balanceado para gestantes	0	100
	Suplemento de micronutrientes múltiples	83.8	96
	Promoción de Lactancia Materna Exclusiva	30	80
	Consejería sobre alimentación complementaria	50	100
	Consejería sobre alimentación complementaria y entrega de alimentos	40	100
	Vitamina A para prevención	5	90
	Zinc para prevención	0	96
Prevención oportuna de enfermedades causantes de desnutrición en madres gestantes y lactantes	Lavado de manos con jabón	25	90
	Eliminación higiénica de heces infantiles	25	90
	Planificación familiar	93.1	100
	Parto institucional	69.6	90
	Atención postparto (puerperio)	69.6	90
	Vacunas		
	V. contra Rotavirus	62	95
	V. contra Sarampión	85.2	95
	V. HB	93.8	95
	V. Antineumocócica	85.2	95
	V. DIP	78.5	95
	V. Antipoliomelítica	74.5	95
	V. BCG	88.2	95
Tratamiento eficaz de enfermedades prevalentes causantes de desnutrición	Suero de Rehidratación oral	29	90
	Antibióticos para Disentería	70	100
	Zinc para Tto. de Diarreas	0	100
	Tratamiento de Neumonía con antibióticos	37.9	80
	Alimentación terapéutica (rehabilitación nutricional de desnutrición aguda)	0	100

Objetivos del Subcomponente 3	Indicadores de Resultado Intermedio	Fórmula del Indicador
Agilizar procesos de unidades de soporte a Red de Servicios 1er. nivel: Recursos Humanos, Adquisiciones y Finanzas.	Nivel de Dotación de RHUS para EBAP	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Plazas cubiertas}}{\text{N}^\circ \text{ Plazas convocadas}}$
	Porcentaje de abastecimiento suplementos micronutrientes (Ac F, H, Ca, Zn, Vit.A, chispitas) a establecimientos de distritos priorizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Suplemento disponible (Tb. sobre jarabe)}}{\text{N}^\circ \text{ Suplemento programado}}$
	Incremento de gasto en Primer nivel de Atención de la Red de Servicios de San Martín	$\frac{\text{Gasto primer nivel atención periodo 1 año}}{\text{Gasto histórico 1 año primer nivel atención}}$

Indicador de resultado intermedio	Fórmula del Indicador
Lactancia Materna : Inicio temprano	
Proporción de niños nacidos durante los últimos 12 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.	Niños nacidos en últimos 12 meses que fueron amamantados dentro de una hora de su nacimiento
	Niños nacidos en los últimos 12 meses
Lactancia Materna Exclusiva	
Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.	Lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron solamente leche materna durante el día anterior
	Lactantes de 0 a 5 meses de edad
Frecuencia deComidas	
Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más *	Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más durante el día anterior
	Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad
Clampaje Tardío Cordón Umbilical	
Proporción de niños nacidos de parto normal durante los últimos 12 meses que tuvieron clampaje tardío de Cordón Umbilical	Niños nacidos de parto normal en últimos 12 meses que tuvieron Clampaje tardío de Cordón umbilical
	Niños nacidos de parto normal en últimos 12 meses
Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro (CHISPITAS)	
Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos especialmente diseñados para lactantes y niños pequeños, fortificados con hierro o que sean fortificados en el hogar	Niños de 6 a 23 meses de edad que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro, o un alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños y que estaba fortificado con hierro o un alimento que fue fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro
	Niños de 6 a 23 meses de edad

III. ORDENAMIENTO INSTITUCIONAL GENERAL PARA EJECUCIÓN DEL COMPONENTE

ESQUEMA y FUNCIONES DE INSTANCIAS INVOLUCRADAS

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

A. ESQUEMA INSTITUCIONAL DE LA REGIÓN

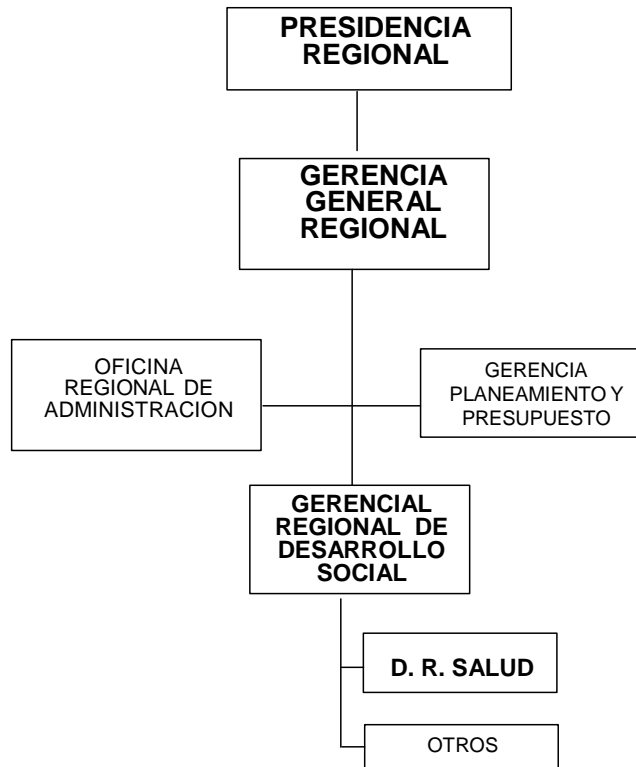
El agente de implementación de todo el Programa (que incluye el componente de servicios de salud) corresponde a la Gerencia de Desarrollo Social. En consecuencia, el componente de servicios de salud del PAIMNI para la ejecución técnica y financiera, tendría el siguiente esquema:

- I. Gerencia de Desarrollo Social, instancia estratégica y de decisión del Componente de Servicios de Salud con apoyo de la Coordinación del PAIMNI;
- II. Dirección Regional de Salud, como instancia táctica y responsable del desarrollo de los Subcomponente 1(de diseño y evaluación).
- III. Hospitales, Redes de Salud y Microrredes, como instancias operativas y de ejecución de las actividades del Subcomponente 2
- IV. Unidades Ejecutoras de las Redes y Hospital como instancia de soporte administrativo para la ejecución del Subcomponente 3, y que responden a los lineamientos de la Oficina

Regional de Administración y Gerencia de Planeamiento y Presupuesto como instancia de apoyo financiero.

Estructura organizativa

Región SM y Componente Salud. PAIMNI



B. FUNCIONES DE INSTANCIAS INVOLUCRADAS

De acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la Región San Martín se describen las principales funciones ligadas al Componente:

1. Gerencia de Desarrollo Social, que en el artículo siguiente del ROF expone:

- Formular aprobar supervisar y evaluar las políticas planes programas proyectos y estudios en materia de: educación salud, nutrición cultura, ciencia y tecnología deporte y recreación trabajo, promoción del empleo y fomento de la pequeña y microempresa, vivienda y saneamiento población desarrollo social e igualdad de oportunidades, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales

2. Oficina Regional de Administración, que en los artículos siguientes del ROF, expone

- Planear, organizar, administrar y controlar la gestión de las Personas los Recursos Financieros Bienes Muebles e Inmuebles y servicios.
- Dirigir el normal suministro de materiales y servicios que requieran las diferentes dependencias y unidades orgánicas del pliego para su funcionamiento.

3. Gerencia de Planeamiento y Presupuesto, que en los artículos siguientes expone:

- Diseñar, evaluar y actualizar los procesos de planeamiento inversión racionalización, y asignación presupuestal en el ámbito departamental.
- Evaluar la eficacia y eficiencia de las estrategias y asignación de recursos para el logro de los objetivos y metas establecidas

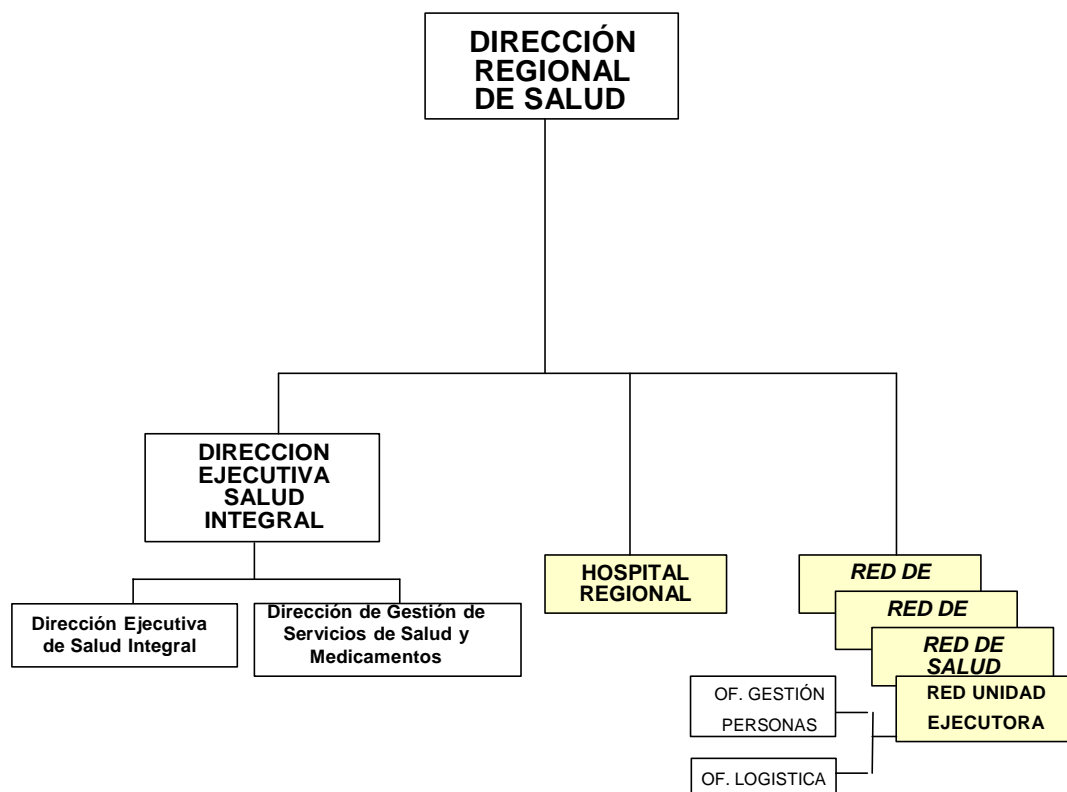
4. Unidad de Coordinación del PAIMNI (UCPAIMNI), se propone

- Ser una instancia funcional de coordinación, articulación, seguimiento y aprobación de la programación operativa de cada uno de los componentes del PAIMNI, su propósito principal es mantener la coherencia interna y monitorizar el avance simultáneo en cada uno de los componentes.

5. Dirección Regional de Salud

- Órgano de conducción de la DIRES, responsable de dirigir y controlar la formulación de los procesos de emisión de políticas, planificación y organización sectorial e institucional, así como gestionar los recursos, comunicación corporativa, imagen y asuntos legales

La estructura organizativa relacionada al PAIMNI según el ROF actual, es:



5. a Dirección Ejecutiva de Salud Integral, los artículos siguientes exponen:

- Dirigir la formulación de propuestas de lineamientos, normativas y procedimientos en los procesos de provisión de servicios de salud de la DIRES, hospitales, Redes y Microrredes de salud en coordinación con Direcciones Ejecutivas que correspondan y los gobiernos locales para el primer nivel de atención, participar en la formulación de la propuesta de metodología sectorial de análisis y planeamiento de la DIRES.
- Difundir, adecuar, cumplir y controlar la aplicación de la normativa nacional y regional de salud en su ámbito de competencia.
- Planificar, presupuestar, y ejecutar la gestión institucional de los recursos físicos y los sistemas logísticos en su ámbito de competencia, identificando requerimientos y especificaciones técnicas; programando su distribución y mantenimiento en coordinación con la Oficina de Administración.

- Participar en la supervisión, monitoreo y evaluación de los procesos de administración de personal, recursos físicos y logística de información de salud, emisión de políticas, planeamiento estratégico y operativo institucional, gestión de las inversiones en el ámbito de responsabilidad.

5. b Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Medicamentos los artículos siguientes exponen:

- Formular propuestas de lineamientos, normativa, procedimientos, de procesos de gestión de servicios de salud, suministro de medicamentos y aseguramiento público de la DIRES, hospital regional, redes y microrredes de salud, en coordinación con las direcciones ejecutivas que correspondan, participar en la formulación de la propuesta de metodología sectorial de análisis y planeamiento de la DIRES.
- Formular la propuesta de red de servicios, individual, ambiental, y sus unidades de gestión, cartera de servicios por microrredes, en coordinación con los gobiernos locales.

5. c Redes: de 2 tipos, Redes Unidad Ejecutora y Red No ejecutora, definidas como (para Redes no ejecutora en letra *corrida*)

Red Unidad Ejecutora

Definida como órgano técnico administrativo desconcentrado de la DIRES, constituido por un conjunto de establecimientos y servicios de salud, interrelacionados por corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, responsable de:

- La provisión de servicios de salud de su competencia, asegurando las atenciones prioritarias de salud en función de las necesidades de la población; proponer e implementar políticas, normas y
- Procesos relacionados a la salud.

Está encargada de gestionar los sistemas administrativos de:

- RRHH,
- Recursos financieros,
- Distribuir bienes, servicios, y
- Brindar soporte técnico a las redes que no son Unidades Ejecutora y las Microrredes de su ámbito.

Red No ejecutora

Definida como órgano técnico *operativo* desconcentrado de la DIRES, constituido por un conjunto de establecimientos y servicios de salud, interrelacionados por corredores sociales, responsable de:

- La provisión de servicios de salud de su competencia, asegurando las atenciones prioritarias de salud en función de las necesidades de la población; proponer e implementar políticas, normas y
- Procesos relacionados a la salud.

Está encargada de *facilitar la asistencia y el control técnico a sus microrredes, además de organizar los sistema de referencia y contrarreferencia, comunicación, capacitación, vigilancia, epidemiológica, prevención y promoción de la salud y administrar los servicios intermedios.*

Funciones los artículos siguientes expone:

- Organizar y conducir concertadamente los procesos de planeamiento sectorial, institucional y operativo de salud en la red; formular, proponer, sustentar ejecutar, evaluar y controlar los planes programas y proyectos de intervención e inversiones en salud y anteproyectos de presupuesto.
- Programar, obtener, administrar, asignar y ejecutar los recursos económicos en salud para su ámbito de responsabilidad; consolidar la programación financiera y controlar los recursos económicos de la ejecutora.

- Organizar, implementar y controlar los sistemas administrativos y de soporte en la red de salud.

5. d Hospital de Referencia Tarapoto

Es el órgano técnico operativo desconcentrado de la Dires, constituido por un conjunto de servicios especializados de salud, responsable de brindar las atenciones de salud de mayor nivel de complejidad y de referencia en la región, en función a las necesidades de la población.

Funciones los artículos siguientes expone:

- Difundir, aplicar y monitorear las políticas, metodologías nacionales y regionales sectoriales, generales y específicas, que influyen sobre la salud así como la normativa nacional y regional en los procesos de su competencia del hospital.
- Participar en la formulación de la propuesta de redes de salud, unidades de gestión, carteras de servicios y sistemas de soporte de red para la salud de las personas, salud ambiental y ocupacional en la región.

C. FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD DEL PAIMNI.

1. Gerencia de Desarrollo Social

- Aprobar los Planes Operativos Anuales (POA) de cada componente de PAIMNI
- Aprobar las responsabilidades de cada una de las direcciones regionales en la operación del componente de PANIMI
- Evaluar y controlar la ejecución de las actividades claves de los componentes de PAIMNI, definiendo las medidas correctivas para la marcha adecuada de los mismos.

1. Dirección Regional de Salud.

- Conducir la articulación técnica y operativa entre las diferentes unidades del componente como, la Dirección Ejecutiva de Salud Integral, Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Medicamentos, Redes de Salud, Redes Unidad Ejecutora, Hospital Referencial de Tarapoto.
- Aprobar los contenidos del Componente y Sub componentes y visar los planes operativos anuales de cada una de las Direcciones y del componente en su conjunto.
- Hacer seguimiento en la ejecución para proponer los cambios y ajustes necesarios a los instrumentos operativos, para garantizar la articulación y buena marcha del componente de servicios de salud.
- Revisar, aprobar y elevar el contenido de los planes anuales de adquisiciones y contrataciones necesarias para la operación de los servicios.
- Efectuar el monitoreo general en la ejecución de cada parte del componente de SS.

IV. ORDENAMIENTO INSTITUCIONAL ESPECÍFICO POR SUBCOMPONENTE

1. Fortalecimiento de la Red de Establecimientos para las IE

La instancia de seguimiento necesita comprender cómo funciona específicamente la red de establecimientos para la implementación de las IE y en general, el sistema de salud en la región. Esto es, los recursos disponibles y los mecanismos de toma de decisiones en su red, permitirá que se identifique rápidamente que se necesita en el sistema para trabajar y el cómo se debe trabajar para asegurar su fortalecimiento a largo plazo haciéndolo sostenible. Al entender el sistema y sus debilidades, se puede ser más realista para planificar las intervenciones y colaborar en conjunto con la región para hacer frente a ellas.

En general, se consideró lo siguiente para el fortalecimiento de la Red de Establecimientos:

- Recojo de información de problemas actuales que limitarían la implementación incluyendo el presupuesto en la región relacionados a la DCI.
- Revisión de las condiciones de los servicios para atender al paciente, que abarca factores como tipos de servicios que se prestan, cantidades de suministros en existencia de recursos

para las IE, la condición de las instalaciones y registros, en una muestra de establecimientos en la región.

- Observación de interacciones entre prestador y pacientes y de procedimientos clínicos relevantes para las IE, ya sea de asesoramiento o de atención clínica.
- La entrevista con funcionarios del sector salud en la región, en los niveles pertinentes, con respecto a las limitaciones del sistema.

Consideramos que el tener los conocimientos y habilidades para diseñar y organizar el sector podrán fortalecer las instalaciones y servicios que se brindan en la región.

1.1 Fortalecimiento del primer nivel de atención para desarrollar la Red de servicios con un mínimo de operación profesional

Se identifica la brecha de atención en el primer nivel para ello se siguieron los pasos siguientes:

- a) Determinar el ámbito de intervención con enfoque territorial:
Supone reconocer las circunscripciones político-administrativas de los distritos priorizados y sus provincias, que determinan el ámbito territorial de Micorredes y Redes quienes representan los niveles de gestión con sus Unidades Ejecutoras para la administración.
Cada una cuenta con una población caracterizada por su identidad y un ámbito geográfico que soporta las relaciones sociales, económicas y administrativas.

Es relevante en el contexto de la descentralización, que la formulación y ejecución de las políticas y planes de desarrollo regional como el PAIMNI, están coordinadas de los procesos de autonomía municipal, y desarrollo local.

Por ello el “ámbito de intervención” de una autoridad sanitaria debe ser denominado “ámbito geosociosanitario”.

- b) Identificar la población del ámbito de intervención a través de:

Ubicación
Tamaño
Distribución
Densidad

Reconocer las vías de acceso y flujos (un buen grupo de distritos afectados no cuenta con accesos terrestre, sino sólo fluviales). Para el análisis es importante contar con datos de distancias de acceso vías y medios de transporte de la población para su establecimiento y el centro de referencia inmediato.

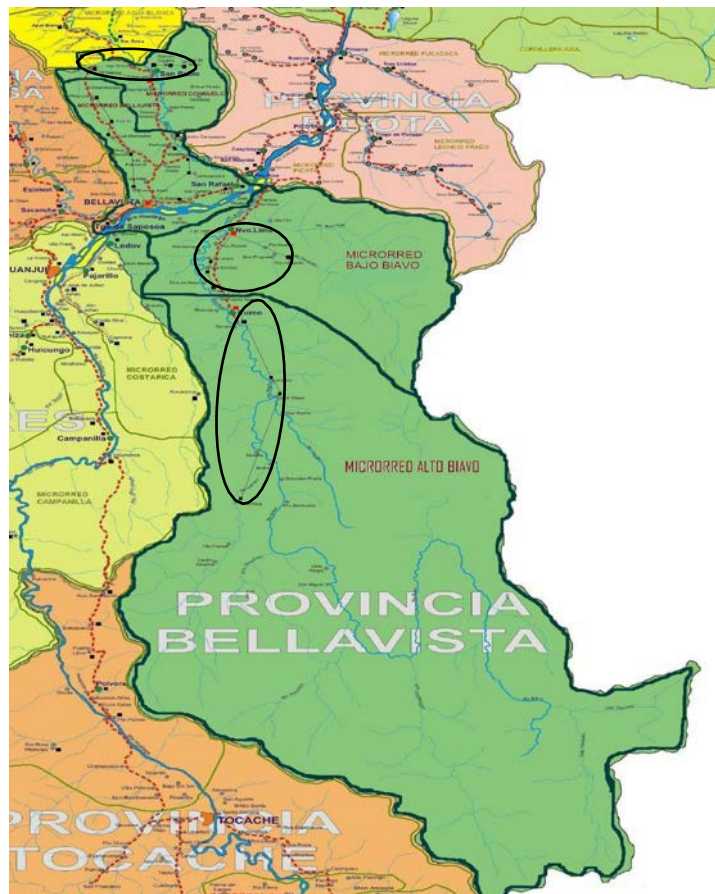
- c) En todos los distritos priorizados de la región, se revisa la estructura y capacidad de resolución de la red de establecimientos instalados, donde accede la población vulnerable. Parte de ello conlleva disponer de la dotación actual de recursos humanos por tipo de profesional o no profesional y número, así como la disponibilidad de equipamiento y materiales básicos.
Determinando la mejor ubicación del establecimiento que será dotado o completado para el caso de recursos humanos de acuerdo a la norma vigente¹ con Equipos de Salud familiar y comunitaria (AP) y mejora del gasto operativo e inversión básica.

- d) La dotación de equipos de salud familiar y comunitaria (AP) según la norma, está definida como el conjunto de recursos humanos de que conforman Equipos Integrados por profesionales de
1. Medicina Humana 1 profesional
 2. Enfermería 1 profesional
 3. Obstetricia 1 profesional y
 4. Técnicos de Enfermería 1.

¹ Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad. MINSA, 2011.

UBIGEO	COD_ESTABL EC	DPTO/PROVINCIA/DISTRITO/EST ABLECIMIENTO	%	TOTAL	0	1	2	3	4
220000		SAN MARTIN		782,932	16,879	16,822	16,843	16,867	16,828
				100.0	2.16	2.15	2.15	2.15	2.15
220000		MOYOBAMBA		122,363	2,638	2,629	2,634	2,636	2,630
				100.0	2.16	2.15	2.15	2.15	2.15
220101		MOYOBAMBA		68,979	1,487	1,482	1,486	1,484	1,484
			100.00	100.0	2.16	2.15	2.15	2.15	2.15
220101	220101101	Hosp. Apoyo I Moyobamba	46.81	32284	695	695	695	696	696
220101	220101201	C.S. Lluillucucha	11.50	7933	171	170	171	171	171
220101	220101202	C.S. Pueblo Libre	4.16	2869	62	62	62	62	62
220101	220101301	P.S. Atumplaya	2.46	1697	37	36	37	36	36
220101	220101303	P.S. Buenos Aires-Moyobamba	4.41	3041	66	65	66	65	65
220101	220101304	P.S. Cañabrava	0.87	604	13	13	13	13	13
220101	220101305	P.S. Dorada	0.52	362	8	8	8	8	8
220101	220101307	P.S. La Conquista	3.40	2341	50	50	50	50	50
220101	220101309	P.S. Los Angeles-Moyobamba	3.39	2337	50	50	50	50	50
220101	220101310	P.S. Marona	3.06	2111	46	45	45	45	45
220101	220101312	P.S. Morroyacu	0.82	564	12	12	12	12	12
220101	220101315	P.S. Quilloallpa	1.54	1060	23	23	23	23	23
220101	220101316	P.S. Rafael Belaunde	2.12	1465	32	31	32	31	31
220101	220101317	P.S. San Jose del Alto Mayo	1.77	1218	26	26	26	26	26
220101	220101319	P.S. Santa Rosa de Oromina	2.08	1436	31	31	31	31	31
220101	220101320	P.S. Shimpiyacu	0.99	681	15	15	15	15	15
220101	220101321	P.S. Sugllaquiro	3.50	2413	52	52	52	52	52
220101	220101322	P.S. Tahuisco	3.73	2572	55	55	55	55	55
220101	220101324	P.S. Nueva Huancabamba	0.81	558	12	12	12	12	12
220101	220101327	P.S. Cordillera andina	1.09	752	16	16	16	16	16
220101	220101328	P.S. Imperio de Cachiyacu	0.99	681	15	15	15	15	15

Mapas con de Redes de Establecimientos, evaluar su cobertura y recursos instalados.
 Dentro de cada Provincia se ubica el grupo de establecimientos correspondientes a los distritos
 cuya población esta afectada con DCI.



Información sobre distancias y medios de transporte

Esta información permite definir la mejor ubicación del establecimiento a fortalecer

CUADRO DE DISTANCIAS Y TIEMPOS AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS CERCANO DENTRO DE LA MICRORED
MICRORED: SAN MARTIN DE ALAO

CENTRO POBLADO	PROVINCIA	DISTRITO	CATEGORIA	POBLACION	DISTANCIA EN Km.	TIEMPO DE TRASLADO (MINUTOS)			TIPO DE VIA DE RODADURA (5)	ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS CERCANO (6)	2º ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS CERCANO (7)
						VEHICULO	A PIE	TOTAL			
Tres reyes	El Dorado	San Martin Alao	Caserío	156	10	0	120	120	Camino	P.S:Sinami	
Sanango	El Dorado	San Martin Alao	Caserío	98	7,5	0	60	60	Sin afirmar	P.S:Sinami	P.S.Cashnahuasi
Pebas	El Dorado	San Martin Alao	Caserío	83	6,3	0	120	120	Sin afirmar	P.S:Sinami	P.S.Cashnahuasi
Tierra Palestina	El Dorado	San Martin Alao	Caserío	242	6,3	0	150	150	Sin afirmar	P.S:Sinami	P.S.Cashnahuasi

Información con dotación actual de RHUS y Construcción de dotación de Equipos de salud
Se coteja la disponibilidad actual y se completa el equipo básico.

MICRORED	Distrito	Población 2011	Nombre del establecimiento en Hoja Personal	Médico	Obstetri z	Enfermera	Médico	Obstet.	Enferm.
ALTO BIAVO	ALTO BIAVO	1888	C.S.CUZCO (CLAS)	0	1	0	1		1
		1401	P.S.BARRANCA (CLAS)	3	1	1			
		1324	P.S.JOSE OLAYA	0	0	1	1		
		798	P.S.INCAICO (FOCALIZADO)	0	1	0			
		1366	P.S.NUEVO ARICA (FOCALIZADO)	0	1	1	1		
BAJO BIAVO	BAJO BIAVO	5470	C.S.NUEVO LIMA (CLAS)	2	1	1			1
		1596	P.S.LA UNION-BAJO BIAVO	0	0	1			
		1563	P.S. DOS UNIDOS	2	0	0	1		
		2338	P.S.NUEVO TARAPOTO (FOCALIZAD)	1	3	2			
		1071	P.S. SANTA ELENA	0	1	0			1
		1854	P.S. SANTA ELENA	#N/A	#N/A	#N/A			
BELLAVISTA		1075	P.S.HUNGOYACU	2	1	1			
SAN PABLO - CONSUELO	SAN PABLO	4488	C.S. CONSUELO	1	1	0			
		1329	P.S. SAN PABLO	0	1	0	1		1
		1037	P.S. DOS DE MAYO	0	1	0			
		633	P.S. RAMON CASTLLA	#N/A	#N/A	#N/A			
		537	P.S. FAUSA SAPINA	#N/A	#N/A	#N/A			
SANTA ROSA		3111	P.S. FAUSA LAMISTA	2	1	0			

1.2 Mejoramiento de la entrega de servicios de salud a las poblaciones vulnerables (Gestantes y niños) con barreras de acceso a los servicios de salud.

Se describe a continuación todo lo que implica para la organización de la prestación de los servicios de salud ambulatorios que sean responsables de una determinada población y que sean capaces de coordinar el apoyo brindado por sus centros de referencia u hospitales.

a) Desarrollar la forma en que el personal esté en condiciones de **conocer la Historia Clínica** de sus pacientes y comprender su **situación personal y familiar** (se ha demostrado que las personas cuando conocen a su proveedor de salud y confían en él, acuden más asiduamente). Esto reduce la compartimentación y fragmentación de la atención, pero más aun las personas tienen la impresión de que se les escucha y respeta, aspecto clave que la gente aprecia en la atención de salud. Aquí está previsto que la implementación del Sistema de Información Galenhos lo permita.

b) Desarrollar una **relación personal estable, a largo plazo** denominado como “longitudinalidad” entre la población y los servicios de salud que son sus puntos de acceso al sistema de salud, este aspecto es fundamental para la integralidad, continuidad y el hecho de centrarse en la persona, para garantizar mejores resultados sanitarios.

En zonas urbanas la atención ambulatoria convencional no está organizada para posibilitar ese tipo de relación, de manera general, se observa ambientes con sobredemanda y anónimos tanto de los centros como el de hospital. Si bien en las zonas rurales se ha concebido para trabajar en estrecha relación con la comunidad atendida, la realidad suele ser otra, por un lado hay asignación de recursos y personal a determinados programas que produce una fragmentación creciente, la dotación con personal temporal como SERUMS, en parte por falta de fondos, pero por otro, la poca estabilidad en el lugar y/o resistencia de los profesionales a la permanencia en zonas deprimidas.

Crear las relaciones descritas requiere tiempo, los estudios realizados indican que han de **transcurrir de dos a cinco años para alcanzar el máximo potencial** del seguimiento longitudinal. La relación longitudinal cambia drásticamente la manera de dispensar la atención, pues se genera una relación de confianza entre el paciente y su equipo. Los profesionales tienden a respetar y entender mejor a los pacientes, al ser más conscientes de las circunstancias en que vive la gente, pueden adaptar la atención a sus necesidades específicas y reconocer los problemas de salud en sus fases iniciales; por otro lado las personas tienden a respetar más los consejos que les dan y están más satisfechas. Es un reto para la región desplegar formas de retención o visita de personal más estable en las zonas deprimidas.

c) Mejorar el **acceso al sistema sanitario** en particular a los servicios ambulatorios preventivos, mejora el estado de la salud pues previene que la población se enferme y mejora la equidad en salud del sistema. Realizar efectivamente las **visitas domiciliarias y la acción comunitaria**, ya que reducen eficazmente los factores de riesgo de la desnutrición, mortalidad neonatal y materna. Las visitas domiciliarias y acción comunitaria obliga al equipo a tomar iniciativas en colaboración con otros sectores, para llegar a la población que no accede a los establecimientos excluidos por barreras geográficas y/o sociales para abordar los determinantes más generales de la mala salud, así como realizar el seguimiento, particularmente difícil por la migración temporal de algunas zonas de la región.

d) Responsabilizar expresamente a cada equipo en los establecimientos de la atención de salud de una comunidad o población bien definida, para que se encarguen de proporcionar servicios de atención primaria, atención integral, continua y centrada en las personas. Es importante que la **población esté bien delimitada para el equipo de salud**, la forma más sencilla de asignar la responsabilidad, es determinarla según criterios geográficos como se revisó anteriormente. La sencillez de la asignación geográfica es la alternativa más apropiada para determinar quiénes constituirán la población atendida, mientras que en otras partes urbanas se puede utilizar sistemas de registro activo o listas de pacientes.

- e) Ampliar la cartera de servicios de salud con cobertura financiera como el **PEAS** (Plan esencial de atenciones de salud), con las Intervenciones Efectivas que no están incluidas en gran parte están incluidas, agregándose las que no lo tienen y así poder mejorar los resultados para reducir la DCI. Ellos requieren entrenamiento en competencias clínicas y como dar asesoría para conductas de higiene y alimentación para al grupo vulnerable de mujeres gestantes y madres de lactantes.
- f) Apoyar a los equipos de atención primaria para responsabilizarse plenamente de su población con **servicios especializados** ubicados fuera de la comunidad atendida. De acuerdo a los recursos de la región, las fuentes de apoyo están concentradas en un Centro de Salud y/o Hospital de referencia. Este aspecto se denomina integración vertical entre niveles asistenciales, entendida como una red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial. En este aspecto, si bien la región cuenta con esta demarcación, no necesariamente se cumple que el hospital de referencia asuma la resolución del problema (como se observó en las derivaciones del Hospital de Moyobamba a Tarapoto) por serias carencias de personal de áreas críticas como Anestesiología, que podrían superarse en base a decisiones de capacitación del personal del hospital y/o coordinación con el sub-sector público ESSalud y/o privado.
- g) Apoyar a los equipos de atención primaria para mejorar el procedimiento y contenido de la consejería orientada a cambios en la práctica alimentaria y de cuidados de la salud. Siendo las madres el grupo objetivo, implica un cambio de comportamiento a conductas saludables y prácticas de higiene adecuadas. El seguimiento a las prácticas que va adoptando la madre y la incorporación de los miembros de la familia influyentes es importante. Otros estudios, han comprobado que volver a las viejas prácticas de la familia por la influencia de familiares o parejas que definen, por ejemplo, el ingreso económico, es frecuente si ellos no están involucrados.

2. Pauta Operativa de Procedimientos de las Intervenciones Efectivas (IE)

Se ha preparado y validado durante el entrenamiento clínico en IE las siguientes Pauta Operativa:

- a. IE en la Atención de Gestante
- b. IE en la Atención de Parto
- c. IE en la Atención de Niño Lactante

Las mismas son documentos técnicos listos para la aprobación por parte de la DIRESA a través de una Resolución y/o Directiva que las constituya en normas a cumplir por parte de los prestadores de los servicios de salud.

Adicionalmente, es necesario difundir dichas normas y distribuir los documentos impresos a manera de fichas en cada punto de servicio. Dichas fichas no requieren una impresión cara, sino más bien una impresión simple con cubierta de un protector de hojas, que esté ubicada en cada consultorio y que sirva de inducción rápida para el personal nuevo (dada la evidencia de alta rotación), así como de documento de consulta sobre los procedimientos a seguir en cualquier momento.

3. Soporte Administrativo para producir la función de producción de las IE.

3.1 Gestión de Recursos Humanos

Para proporcionar las IE en los servicios, se requiere personal de servicios de salud, sobre todo en los distritos con alta prevalencia de DCI, su estructura quedó establecida como equipo básico de salud familiar y comunitaria para cubrir la atención de 500 a 800 familias, conformado por:

1. Medicina Humana 1 profesional
2. Enfermería 1 profesional
3. Obstetricia 1 profesional y
4. Técnicos de Enfermería 1.

Las estructuras de los equipos de personal podrían variar por la alta dispersión poblacional, sobretodo en determinados establecimientos que no estando categorizados como I-4 (centros con sala de partos), vienen atendiendo de manera significativa esta actividad., lo que dependerá de los recursos regionales y locales, el nivel de presencia de profesionales sobretodo médicos, y otros factores.

Con base al diagnóstico realizado recientemente, el factor más débil en la gestión de recursos humanos es la supervisión del personal como proceso importante para garantizar la calidad, en el transcurso de la implementación y desarrollo de las IE.

En términos del entrenamiento clínico, es necesario pensar en formas regulares tales como identificar los mejores establecimientos en función a la calidad y cobertura de los servicios críticos como “Centros de Excelencia” para el entrenamiento clínico y/o concertar las visitas de instructores por períodos limitados.

a. Normas aplicables a la gestión de RHUS

- i. Con el proceso de descentralización el Decreto Legislativo 1023 artículo 5º, define que las atribuciones establecidas para la Oficina de Recursos Humanos de la DIRESA corresponde el cumplimiento de:
 - La planificación de recursos humanos.
 - Organización del trabajo y su distribución.
 - Gestión del empleo.
 - Gestión del rendimiento.
 - Gestión de la compensación.
 - Gestión del desarrollo y la capacitación.
 - Gestión de las relaciones humanas.
 - Resolución de las controversias.
- ii. El ROF de la DIRESA establece que las Oficinas de Administración de recursos del Hospital y a Red ejecutora deben:

“Planificar, dirigir los procesos administrativos de reclutamiento, selección, contratación, asignación, inducción, control de personal y cese de personal; administrar remuneraciones, compensaciones, incentivos, beneficios y servicios sociales del personal de la red ejecutora de salud /Hospital.
- iii. En la Red no Ejecutora, la Oficina de administración de recursos deben: “Planificar, dirigir los procesos administrativos de reclutamiento, selección, asignación, inducción, control de personal de la red de salud; coordinar con la unidad ejecutora respectiva la contratación y cese del personal.
- iv. La Directiva N°02-2011-GRSM-OGP establece la Norma y procedimientos para la selección contratación y ejecución del régimen especial de contratación administrativa de servicios- CAS, en el pliego 459 del GR. que es la modalidad por la que se recluta actualmente RHUS.

La Normatividad expresa un nivel de autonomía para la gestión de RHUS en la región.

b. Documento estándar de Programación de RHUS:

La dotación de RHUS se puede realizar por diferentes metodologías (cargas de trabajo, base poblacional, norma técnica de oferta de servicios) no se ha identificado un documento técnico de programación de RHUS para el sector MINSAs, salvo el que establece los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria señalado anteriormente.

Es importante por la necesidad de fortalecer el sistema, que se elabore a futuro un plan de dotación progresivo, estratificando las zonas de riesgo con tratamientos salariales o de bienestar de personal diferenciados para lograr su permanencia y evitar la migración interna y competencia entre Unidades ejecutoras, como se evidenció en la visita.

Dentro del apoyo técnico y con el equipo de la DIRESA se realizó una revisión en los distritos con DCI y sus establecimientos, revisando la disponibilidad de personal que tiene la región y se realizó un ejercicio de dotación de equipos básicos necesarios para cubrir no el total de establecimientos sino que represente el mínimo a cubrir en la zona.

El cuadro siguiente señala en esta fase el número adicional de personal requerido por Unidad ejecutora.

UE	Médico	Enfermera	Obstetriz	Total	Requerimiento Anual total por Unidad Ejecutora (S/.)
U.E. 400 SAN MARTIN	7	17	12	36	700,542
U.E. 401 ALTO MAYO	9	16	4	29	682,637
U.E. 402 H. C	9	15	3	27	657,407
U.E. 403 A. H.	2	3	2	7	158,705
Nº total profesionales	27	51	21	99	2,199,292

(*) Montos corresponden al costo total del trabajador con base a la normatividad nacional
Oficio Circular N° 079-2006-OGGRH-OARH/MINSA del 28 de Abril del 2006. Oficina General de

c. Responsabilidad del Proceso de Selección

De acuerdo al ROF las Unidades Ejecutoras tiene a su cargo los sistemas de reclutamiento, selección y contratación de Equipos de Salud en función de las necesidades de los servicios y alineados a objetivos sanitarios.

La Directiva N°02-2011-GRSM-OGP establece la norma y procedimientos para la selección, contratación y ejecución del régimen especial de contratación administrativa de servicios-CAS, en el pliego 459 del Gobierno Regional que es la modalidad por la que se recluta actualmente los recursos humanos.

El proceso consta de las siguientes fases:

- **Preparación del proceso contratación**, Se genera en cada área usuaria a la Oficina de Administración en las Unidades Ejecutoras. Se indica el perfil mínimo del puesto y se acompaña de términos de referencia con la certificación presupuestal.
- **Proceso de Convocatoria** la Oficina de Administración o quien haga sus veces autoriza el proceso a través de la Oficina de Gestión de las Personas, dando el inicio al proceso.
- **Convocatoria**, a Oficina de Administración, publica a través de la Oficina de Gestión de los Recursos Humanos en el portal web de la región; contiene el cronograma y etapas del procedimiento, mecanismos de evaluación, requisitos a cumplir por el postulante y condiciones del contrato (lugar del servicio, plazo duración, y monto de retribución)
- **Selección**, está a cargo de una Comisión Evaluadora, conformado por 4 representantes correspondientes a las Oficina de Administración de UE; Oficina de Gestión de Recursos Humanos: Representante de los Trabajadores y Representante área usuaria, que es miembro temporal.

La norma establece que esta fase es la evaluación objetiva del postulante relacionado con los requisitos y necesidades del servicio para garantizar los principios de mérito, capacidad e igualdad de oportunidades.

El puntaje máximo es 100, y la tabla resumen expone criterios y puntajes por grupo ocupacional:

GRUPO OCUACIONAL	Items	Ev. Curricular max 30 p.	Ev. Conocim. Competencia	Ev. Psicolog.	Entrevista personal
PROFESIONAL	Formación educativa.TITULO Prof.	10	20	Apto No apto	50
	Maestría Tit.	5			Asp. Personal 5
	Maestría Est.	3			Seguridad 10
	Diplomados	2			Cap.persuadir 10
	Capacitación	5			Cap. Toma dec.20
	Experiencia	5			Cult.Gral.5
TECNICO	Formación educativa.TITULO técn.	15	20	Apto No apto	50
	Estudios prof.univ.concluidos	5			
	Capacitación	5			
	Experiencia	5			
AUXILIAR	Formación educativa.5to sec.	15	20	Apto No apto	50
	Estudios prof.tecn.concluidos	3			
	Estudios CEO	2			
	Capacitación	5			
	Experiencia	5			

Resalta que no se corresponde la objetividad de la evaluación expresada en la directiva, con la asignación del 50% del puntaje a la entrevista personal, existiendo una oportunidad de mejora futura.

d. Valores umbrales de las remuneraciones

Actualmente en la región las nuevas incorporaciones de personal se realizan por CAS, sin embargo, no necesariamente se consigue cubrir las posiciones en concurso a pesar de convocatorias reiteradas. La presencia de personal se ha mejorado temporalmente con mayores plazas de SERUMS tanto del nivel central como con el presupuesto regional.

Se sugiere que existan mecanismos de retención de los equipos de salud sobretodo para las zonas rurales. Ello implica que debe mejorarse en la medida de lo posible estímulos como:

- Bonificación por zona de menor desarrollo
- Jornadas de labor acumulativas 20 días laborables por 10 días libres, que en otros sectores de la economía han permitido contar con recursos en zonas igualmente alejadas y deprimidas.

Dado que los mecanismos de retención tendrán un límite, es importante, organizar reglas de ingreso e inducción rápida de personal a sus servicios una secuencia básica de explicación y disposición de las Pauta Operativa de procedimientos para todo personal nuevo.

3.2 GESTIÓN DE ADQUISICIONES

La compra de bienes en la Región requerido para dotar a los establecimientos de recursos para las Intervenciones Efectivas en forma racional, están relacionadas a los tipos de productos que se requieren, en general son denominados recursos estratégicos, como medicamentos para atención de EDA IRA, Parasitosis, Atención de Partos, cesárea y hospitalización, Suplementos de micronutrientes, Insumos de Planificación familiar y Vacunación; otros productos necesarios son los materiales para las Consejerías y Sesiones demostrativas.

En la visita se identificó la falta de provisión de micronutrientes en la infancia temprana como Vitamina A y Zinc, en la gestación predominó la disponibilidad de Sulfato de hierro asociada a Ácido fólico, medicamentos antibióticos y antiparasitarios y finalmente de los insumos de Planificación Familiar, no disponibilidad de DIU, así como la ausencia de materiales de consejería y sesiones demostrativas.

a) Normas aplicables para la Adquisición de recursos materiales.

Las normas contenidas en la “Ley de contrataciones del Estado” (DL 1017) y su Reglamento DS 184-2008-EF y Directiva N° 005-2009-OSCE/CD - PAC, son las que regulan las adquisiciones del estado peruano y como tal tanto para el MINSA central, como la Región.

El ciclo de abastecimiento se encuentra regulado en el sector salud, para la fase de

Selección: se realiza a través de “**Petitorio Nacional único de medicamentos Esenciales para el sector Salud**” cuya última versión es del año 2010 y que son aprobados por la DIGEMID donde figuran los productos necesarios para las Intervenciones Efectivas, incluyendo Zinc, a excepción de suplementos nutricionales para niños (chispitas).

Programación: Las Estrategias Sanitarias (salud mujer, niño, vacunas, nutrición) tienen Documentos técnicos aprobados que contienen los criterios de programación. La programación es elaborada por las áreas usuarias y revisada y consolidada por los encargados de las Estrategias Regionales, visados por la autoridad de la DIRESA y enviados al nivel central (Estrategias) quienes ajustan lo necesario. Se cuenta con un instructivo para la compra centralizada que contiene:

- Instructivo de programación.
- Listado de los medicamentos para CCN – Tabla A.
- Archivo excel “CN2011”, comprende:
 - Anexo A: Códigos SISMED de las U.E. y EE.SS. (Puntos de entrega)
 - Datos: referido a la entidad y de sus representantes Análisis: Información que definirá la programación final.
 - Requerimiento – Entregas: Aplicación de criterios de distribución de entregas.
 - Formato 01: Programación final para impresión.
 - Formato 02: Certificación de disponibilidad presupuestal

La programación regional se realiza para aquellos productos que no están en la compra central o de los que fueron declarados desiertos en la compra central, a través de sus Unidades Ejecutoras.

Compra o Adquisición; Se realiza a dos niveles

- Compra Centralizada MINSA
- Compra Regional a través de Unidades Ejecutoras.

Almacenamiento

Los productos en general de la compra central llegan al almacén de DIREMID de la región a partir de la cual se distribuye conforme a los stocks que se visualizan en el software de SISMED.

Distribución

La distribución de productos tiene una programación que se coordina con las Unidades Ejecutoras pero no cuenta con un medio de transporte estable por lo que funciona más el recojo por los usuarios del despacho de productos.

b) Documento estándar de Adquisición

Para la compra corporativa a nivel central se tiene una “Lista de Medicamentos” que consta de 97 productos (incluyen para atender demanda, SIS, Defensa Nacional, otros seguros, medicamentos de soporte para las Estrategias Sanitarias) que utilizan una tabla (A). Los códigos SISMED de la Tabla A son los únicos que se consolidan para la Compra Corporativa.

Los contratos y las órdenes de compra son enviados a la Región con el cronograma de entregas

c) Responsabilidad de Adquisiciones

La compra Corporativa de medicamentos que tiene para la región 2 Unidades ejecutoras:

- Dirección Regional de Salud San Martín
- Hospital de Apoyo Moyabamba

U.E. responsables de la programación de medicamentos en el ámbito de su jurisdicción. Esta adquisición se realiza a través de DIGEMID y DARES

La compra Regional se realiza a través de las Unidades ejecutoras.

d) Plan de Adquisiciones.

La Región cuenta con la programación para la compra corporativa 2012 necesarias para las Intervenciones Efectivas. Se requiere el seguimiento para realizar compras regionales si fuera necesario.

COMPRA CORPORATIVA 2012 DIRESA SAN MARTIN							
Nº	Código SIS MED	Código SIGA	Nombre del Medicamento	Concentración	Forma Farmacéutica	Presentación	Cantidad Requerida
8	00200	A5113150300129719	ACIDO FOLICO	500 ug	TABLETA	-	80000
9	03513	A5199999900196652	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO (Equivalente de Hierro elemental)	400 ug + 60 mg	TABLETA	-	3500000
18	00259	A5110170100129722	ALBENDAZOL	100 mg/5 mL	SUSPENSION	20 mL	30000
19	00269	A5110170100059200	ALBENDAZOL	200 mg	TABLETA	-	0
32	00794	A5110151100059288	AMOXICILINA	250 mg/5 mL	SUSPENSION	60 mL	60000
37	18155	A5110156700059263	AMPICILINA SODICA CON DILUYENTE	1 g	INYECTABLE	-	21000
38	21574	A5110156700196247	AMPICILINA SODICA CON DILUYENTE	500 mg	INYECTABLE	-	800
52	18318	A5110150700059367	BENCILPENICILINA SODICA CON DILUYENTE	1000000 UI	INYECTABLE	-	25000
53	01044	A5110150700059365	BENZATINA BENCILPENICILINA	2400000 UI	INYECTABLE	-	1800
74	18156	A5110157800059497	CEFAZOLINA SODICA CON DILUYENTE	1 g	INYECTABLE	-	16000
75	01657	A5110159300059501	CEFOTAXIMA	500 mg	INYECTABLE	-	1100
77	18158	A5111152200059513	CEFTRIAXONA SODICA CON DILUYENTE	1 g	INYECTABLE	-	39000
84	01837	A5110154200059695	CIPROFLOXACINO	200 mg	INYECTABLE	100 mL	11200
85	01841	A5110154200061841	CIPROFLOXACINO	3 mg/mL	SOLUCION	5 mL	150
86	01846	A5110154200059690	CIPROFLOXACINO	500 mg	TABLETA	-	420000
88	01958	A5110150400233299	CLINDAMICINA	600 mg	INYECTABLE	4 mL	31500
89	01964	A5110150700059598	CLINDAMICINA	300 mg	TABLETA	-	50000
120	02830	A5110155400059340	DICLOXACILINA	250 mg/5 mL	SUSPENSION	60 mL	4000
163	03519	A5113150300060299	FERROSO SULFATO	15 mg de Fe/5	JARABE	180 mL	15000
234	04776	A5110160300059888	METRONIDAZOL	500 mg	INYECTABLE	100 mL	8000
235	04794	A5110160300059880	METRONIDAZOL	250 mg/5 mL	SUSPENSION	120 mL	16000
236	04805	A5110160300059881	METRONIDAZOL	500 mg	TABLETA	-	185000
288	05675	A5119191100197995	RETINOL PALMITATO	50000 UI	TABLETA	-	0

PUESTA EN MARCHA DEL COMPONENTE

La forma más eficiente de ponerlo en marcha es en función al contexto regional, implementando en corto plazo la mejor manera de brindar los servicios a la población objetivo, analizando y concretando los requerimientos de recursos, la necesidad de uniformizar las competencias en el personal y anticipándose a las limitaciones del sistema logístico.

Dado que el Subcomponente de Intervenciones Efectivas debe desarrollar una fuerte actividad para el cambio de comportamiento de la población, entrenar al personal en competencias clínicas y consejería para asegurar un conjunto mínimo de servicios de salud.

Por ello la evaluación y monitoreo de la introducción gradual en las comunidades excluidas en un plazo determinado apoyará el proceso.

Principales referencias de documentos del Programa consultadas, revisadas y/o citadas

1. Plan de AT al GR de SM para la implementación de IE para reducir la DCI. Abril, 2011.
2. ¿Cuánto costaría reducir la desnutrición en la región San Martín? Julio, 2011.
3. Guía de procedimientos clínicos para la implementación de IE Setiembre, 2011.
4. Diseño de entrenamiento clínico para realizar IE
5. Metodología para la estimación rápida de brechas en RHUS. Agosto 2011.
6. Reglamento de organización y funciones de la DIRESA.
7. USAID/PERU/Políticas en Salud. Reporte sobre el modelo de gestión descentralizada para prioridades sanitarias nacionales seleccionadas, incluyendo actividades realizadas y recomendaciones para su implementación. Propuesta para la prevención y control de la malaria con base en la experiencia de gestión descentralizada para reducir la desnutrición infantil en la Región San Martín. Lima, Octubre 2011
8. USAID/PERU/Políticas en Salud. Guía de Taller. Uso del aplicativo SPECTRUM para la programación de intervenciones efectivas en nutrición y supervivencia materna e infantil. Lima, Diciembre 2011
9. USAID/PERU/Políticas en Salud. Manual de proceso de suministro de medicamentos e insumos. Lima, Agosto 2011
10. USAID/PERU/Políticas en Salud. Guía para estimación de necesidades de medicamentos. Lima, Agosto 2011.
11. Referencia física de documento de indicadores de Acuerdos de Gestión Región Moquegua. 2008.

Otras referencias importantes:

1. Atención Primaria Renovada. Informe OMS, 2008
2. Reporte del Programa de la Reducción de la Desnutrición en Chile, 2010.
3. Indicadores de alimentación complementario. UNICEF, 2010.
4. Atención Primaria. Barbara Starfield. 2004
5. Documentos técnicos de la página web de la DIRESA (ROF, MOF, Manual de normas y procedimientos).