



**USAID** | **PERU**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMERICA



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud



**MILLENNIUM**  
CHALLENGE CORPORATION  
UNITED STATES OF AMERICA

## PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

Programa de la MCC implementado por USAID

**DIPLOMADO**

# Gerencia de Inmunizaciones

MÓDULO

**1**

**GESTIÓN DESCENTRALIZADA  
DE LA ESTRATEGIA NACIONAL  
DE INMUNIZACIONES**



Dr. Oscar Ugarte Ubilluz.  
Ministro de Salud

Dr. Melitón Arce Rodríguez.  
Viceministro de Salud

Dr. Carlos Manuel Acosta Saal.  
Dirección General de Salud de las Personas

Dr. Manuel Núñez Vergara.  
Director General de Gestión de Recursos Humanos

Lic. María Ana Mendoza Araujo.  
Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones

# índice

Objetivos generales y específicos del módulo

## **UNIDAD 1:**

### **LA ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES EN EL MARCO DE LAS REFORMAS DEL ESTADO**

- 1.1. Gestión y gerencia pública: conceptos básicos.
- 1.2. Las reformas del Estado en curso y su implicancia en la gestión sanitaria nacional.
  - 1.2.1. La descentralización
  - 1.2.2. Las reformas en el sector salud
  - 1.2.3. La reforma de los programas sociales: JUNTOS y CRECER
  - 1.2.4. El presupuesto por resultados
- 1.3. Retos y desafíos de las direcciones regionales de salud para la gestión de inmunizaciones.

## **UNIDAD 2:**

### **PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES EN LAS REGIONES**

- 2.1. El Plan Regional de Inmunizaciones.
- 2.2. Formulación del presupuesto de la Estrategia de Inmunizaciones en las regiones.

## **UNIDAD 3:**

### **FORMULACIÓN DE PROYECTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES**

- 3.1. Iniciativas de proyectos.
- 3.2. Perfil simplificado de PIP menor: principales variables.
- 3.3. Proceso a seguir para la aprobación de una iniciativa de proyecto.

# acrónimos

AGRORURAL	Programa de Desarrollo Productivo Agrario Rural
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
GL	Gobierno Local
GN	Gobierno Nacional
GR	Gobierno Regional
INS	Instituto Nacional de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MIMDES	Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Humano
MCLCP	Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza
ONG	Organismo no Gubernamental
OSB	Organización Social de Base
PACFO	Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo
PCM	Presidencia del Consejo De Ministros
PIN	Programa Integral de Nutrición
PANFAR	Programa de Alimentación y Nutrición a Familias en Alto Riesgo
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PRONAA	Programa Nacional de Apoyo Alimentario
PRONOEI	Programa no Escolarizado de Educación Inicial
SIGA	Sistema Integral de Gestión Administrativa
SIGA-PpR	Módulo de Presupuesto por Resultados del SIGA
SIS	Seguro Integral de Salud
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública

# objetivos del módulo

## GENERAL

Al término del estudio de este módulo el participante estará en capacidad de:

- ▶ Contribuir a fortalecer la gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones tanto en el nivel nacional como en el regional, con la incorporación de nuevos conocimientos y herramientas relacionados con las reformas del Estado.

## ESPECÍFICOS

- ▶ Reconocer los elementos básicos de la gerencia pública.
- ▶ Conocer las reformas del Estado en curso y prever sus implicancias en la gestión sanitaria regional.
- ▶ Identificar el marco de referencia para la programación de las inmunizaciones.
- ▶ Reconocer las principales variables del plan operativo regional de la ESNI.
- ▶ Conocer la nueva estructura de estimación de costos de las actividades de inmunizaciones.
- ▶ Contar con orientaciones básicas para el uso del Presupuesto por Resultados.
- ▶ Conocer alternativas para incrementar recursos para el financiamiento de iniciativas de fortalecimiento de la Estrategia de Inmunizaciones.
- ▶ Identificar variables clave que requieren ser desarrolladas para formular un proyecto de inversión.

# Unidad 1:

## LA ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES EN EL MARCO DE LAS REFORMAS DEL ESTADO

### 1.1 Gestión y gerencia: conceptos básicos

Los conceptos de gestión o gerencia pública se manejan indistintamente para hacer referencia al funcionamiento del aparato del Estado. Sin embargo, algunos autores diferencian la “gestión”<sup>1</sup> como la disciplina académica que estudia la administración pública, del concepto de “gerencia”, como la práctica profesional de la misma. Esta definición es asumida en este documento para efectos prácticos.

La gerencia es el proceso de coordinar las actividades de varias personas, instancias o instituciones para obtener el máximo provecho de los recursos de que dispone una organización, programa o proyecto para lograr el fin propuesto. En el caso de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), como parte de una organización pública que provee servicios de salud, el principal rol del gerente también denominado director, coordinador, jefe, etc. es el de organizar de manera eficaz y eficiente los recursos para que la provisión de vacunas alcance de la mejor manera posible, a la mayor cantidad de población objetivo; es decir, más servicios para más personas.

El proceso de coordinar, o de gerenciar, se realiza mediante funciones que se ejercen con periodicidad<sup>2</sup>:

**a Planificación:** consiste en establecer objetivos y metas y definir los cursos de acción que se seguirán para conseguirlos.

**b Organización:** consiste en determinar y asignar funciones y tareas, así como definir los canales de comunicación de los responsables de éstas.

**c Dirección:** consiste en dirigir los esfuerzos de los trabajadores hacia la obtención de las metas y objetivos definidos.

**d Control:** consiste en procurar que las actividades se desarrollen según lo programado mediante la comparación de los resultados obtenidos con los esperados, y la adopción de ajustes y medidas correctivas para lograrlo.

Pero hay otras funciones que se ejecutan de manera permanente:

**e Análisis de situaciones:** consiste en el análisis de problemas, incidentes, dificultades, etc. que se producen constantemente en una organización, y también de las oportunidades que plantea el entorno en que se desarrollan las actividades.

**f Toma de decisiones:** consiste en la identificación de cursos de acción para atender los problemas u oportunidades que plantea el entorno, decidir e implementar la solución identificada.

**g Comunicación:** los gerentes requieren disponer de información que les permita conocer oportunamente las situaciones que requieren su intervención, para lo cual necesitan mantener adecuados canales de información. Igualmente requieren contar con canales de comunicación para informar sobre las decisiones adoptadas.

<sup>1</sup> Cajas López Marco T. “¿Por qué gerencia pública?: Mitos y Realidades”

<sup>2</sup> Amoletto E. y Díaz C. Hacia Nuevos Enfoques en la “Gestión Organizacional de la Administración Pública”. 2009

La realización de estas funciones involucra no solo al Coordinador (en el caso de la ESNI), al jefe o al gerente sino a profesionales que ocupan diferentes cargos e incluso de diferentes instancias del sector. Pero además, el proceso de coordinar o gerenciar que se realiza a través de estas funciones está sujeto a cambios continuos derivados de la relación de la institución con su entorno y que responden a dinámicas de diferente dimensión. Así, en el momento actual, el Estado está implementando diversas reformas que responden al proceso de globalización -que exige a los países un mayor desarrollo de su capacidad regulatoria y de su seguridad jurídica- a la necesidad de fortalecimiento de la democracia del país -que exige un mayor desarrollo de políticas públicas inclusivas en cuya construcción participen los actores-, y al desarrollo tecnológico -que está aportando permanentemente nuevas soluciones a los problemas existentes-, entre otros factores.

## 1.2 Las reformas del Estado y su implicancia en la gestión sanitaria nacional

La dinámica de cambios en curso está impulsando diversas reformas en el Estado orientadas a mejorar la gestión del aparato público y su relación con la ciudadanía. En los últimos cuarenta años los sucesivos gobiernos han abordado el tema de la reforma del Estado aunque con orientaciones diferentes según diversos entendimientos sobre el rol que le corresponde al Estado en la promoción del desarrollo del país.

En la actualidad, a nivel nacional, se trabaja en la reforma del Estado, en tres ejes:

**1 Atención al ciudadano**, que tiene que ver con procesos de mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios: silencio administrativo positivo, agilización de trámites, creación de la ventanilla única, ampliación de los días de atención al público, entre otros.

**2 Funcionamiento de la administración pública**, que tiene que ver con la adopción del modelo de *gestión por resultados*, el *sistema nacional de inversión pública*, mecanismos de transparencia en las adquisiciones y contrataciones del Estado, institucionalización de la carrera pública, entre otros.

**3 Estructura del Estado**, que tiene que ver con una mejor distribución de los roles y funciones de las instituciones del Estado. En este marco se inscribe el proceso de *descentralización*, la fusión de organismos públicos descentralizados y la *integración de programas sociales*.

Además de estos procesos en curso, cada sector impulsando esfuerzos de mejoramiento en la provisión de sus servicios. Así, el sector salud implementa procesos de mejoramiento de la gestión sanitaria y de aseguramiento universal, entre los más importantes.

A continuación se hará una breve referencia a estas reformas, que tienen incidencia directa en la gestión de la Estrategia de Inmunizaciones.

### 1.2.1 Descentralización

La descentralización es la reforma en curso más importante del Estado en curso. Tiene como fin último profundizar la democracia en el país y proveer mejores servicios al ciudadano. Surge como una decisión política orientada a incorporar a los actores sociales de las regiones y los municipios en las decisiones que afectan sus vidas, partiendo del reconocimiento que el espacio regional tiene la posibilidad de articular de mejor forma las respuestas a las necesidades y expectativas de la población en su búsqueda de mejores condiciones de vida.

En el caso del sector salud, el objetivo general de la descentralización es “mejorar la equidad, eficiencia y calidad de las prestaciones que brinda el sector...”, y este objetivo deberá articular los esfuerzos tanto del MINSA como de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales, por ser la salud una función compartida de los tres niveles de gobierno.

El proceso de descentralización del MINSA ha sido facilitado por la existencia de direcciones de salud en cada región, las cuales tenían ya un funcionamiento fuertemente desconcentrado. Cuando se reinicia el proceso de descentralización en el año 2002 (esfuerzo iniciado en gobiernos anteriores), las direcciones de salud contaban con funciones y competencias delegadas y el conjunto de sus recursos estaban integrados a los pliegos regionales. Esta característica facilitó la descentralización y constituyó una diferencia muy importante con relación a los otros sectores de la administración pública.

El **proceso de integración de la DIRESA al Gobierno Regional** implica un cambio muy importante en el funcionamiento del aparato público que transita progresivamente de un *enfoque sectorial a uno territorial* para la ejecución de las funciones transferidas. Antes del proceso de descentralización las funciones del Estado eran desarrolladas por el nivel nacional, siguiendo una lógica de organización sectorial (Ej. transporte, minería, agricultura, etc.). En ese contexto, cada ministerio ordenaba y supervisaba las labores de sus direcciones regionales en el territorio, con independencia de las decisiones de los otros ministerios en el mismo espacio.

<sup>3</sup> MINSA. Hoja de Ruta para la Descentralización de la Función salud” Agosto 2006



Con la descentralización, al transferirse competencias a los niveles regionales, se busca que éstos aprovechen sinergias entre actividades sectoriales y las *organicen bajo una lógica de intervenciones multisectoriales en su territorio*. Es así que la descentralización, al transferir a una única autoridad política tareas correspondientes a varios sectores, facilita que ésta maneje sus recursos desde una óptica integral de prestación de servicios públicos, reduciéndose así los costos de transacción y evitándose superposiciones en el trabajo de los sectores.



Un concepto muy importante en el marco del proceso de descentralización es la **autonomía regional**. De acuerdo a la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales<sup>4</sup>, éstos son personas jurídicas de derecho público que tienen autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia. Pero esa autonomía no debe entenderse como independencia o autarquía pues el Perú es un país unitario en el que la formulación de las políticas nacionales es responsabilidad de los órganos rectores, es decir, de los ministerios.

En uso de su autonomía los gobiernos regionales pueden adecuar la respuesta sanitaria a su realidad epidemiológica, sus capacidades humanas y recursos disponibles. Este proceso será gradual y avanzará a medida que se perfilen mejor las responsabilidades de cada nivel de gobierno y que se avance con la descentralización fiscal, que es una reforma muy importante que permitirá a las regiones disponer de un presupuesto propio que les garantice la sostenibilidad de sus políticas.

En aplicación de su autonomía los gobiernos regionales están haciendo la adecuación de su estructura organizativa. En el caso de salud, las regiones tienen como marco de referencia la R.M. 566-2005/MINSA que establece criterios para la adecuación de la organización de las direcciones regionales de salud, entre las cuales se propone que ésta sea coherente con la realidad específica regional: con el ámbito territorial, el tamaño de la población, las prioridades sanitarias, la disponibilidad presupuestal, entre otros. En la mayoría de regiones, las DIRESA han pasado a formar parte de las Gerencias de Desarrollo Social, en aplicación del art. 29 de la Ley 27867, que organiza las funciones administrativas de los gobiernos regionales en cinco gerencias: desarrollo económico; desarrollo social; planeamiento, presupuesto y acondicionamiento territorial; infraestructura; y recursos naturales y gestión del medio ambiente. Pero cualquiera sea la organización que se adopte, las regiones deben seguir los lineamientos sectoriales del MINSA.

La inserción de las DIRESA en la estructura del gobierno regional significa también la existencia de nuevos interlocutores entre el nivel nacional y regional en el sector, pues la coordinación deberá llevarse a cabo ya no sólo con las direcciones regionales de salud sino con los presidentes regionales y con los gerentes de desarrollo social.

El Plan de Transferencia de funciones del MINSA a los gobiernos regionales fue, en orden a la normativa vigente, organizado en etapas. Se hizo un acuerdo con la representación de los gobiernos regionales para graduar dicha entrega en función de las necesidades y capacidades de las direcciones regionales. La actual administración gubernamental impulsó el Shock Descentralizador por el cual la transferencia fue culminada en un año, lo que ha hecho que, en términos formales, la responsabilidad de las 16 funciones de salud, establecidas en la Ley de Gobiernos Regionales antes citada, sea ahora de las administraciones regionales.

Si bien el proceso de transferencia formalmente está terminado, la asignación de roles y funciones de cada nivel de gobierno es un proceso en construcción como lo es el mismo proceso de descentralización. Están pendientes las modificaciones normativas (como la ley del MINSA) que establezcan con mayor detalle las responsabilidades de cada nivel de gobierno en materia de salud.

---

<sup>4</sup>Ley 27867, de diciembre del 2002

En la perspectiva de continuar el proceso de transferencia de funciones, el Minsa y los gobiernos regionales han:

- a Actualizado la Hoja de Ruta para el proceso de descentralización y
- b Se ha conformado la Comisión Intergubernamental de Salud como una instancia de articulación de la gestión sanitaria entre el Minsa y los gobiernos regionales.

En la Hoja de Ruta, aprobada en setiembre del 2009, y cuyo texto puede ser visto en el Anexo 1 de esta Unidad, se han definido temas a ser trabajados en ocho ámbitos, y establecido para cada uno, tiempos y responsables de su atención. A continuación se mencionan los ámbitos definidos y algunos de los temas más importantes:

i. Fortalecimiento de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional y la articulación intergubernamental en salud:

- Definición de rol y funciones del nuevo Ministerio de salud.
- Reorganización institucional del MINSA.
- Adecuaciones normativas para el ejercicio de funciones de los tres niveles de gobierno.
- Conducción y articulación de los sistemas de información.

ii. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Regional y la articulación interregional en salud

- Transferencia de funciones a Lima Metropolitana.
- Reorganización institucional de las DIRESAs.

iii. Descentralización local de la salud.

iv. Monitoreo de la descentralización y fortalecimiento de capacidades nacionales, regionales y locales.

v. Recursos humanos.

vi. Financiamiento del sector público de salud.

vii. Participación ciudadana.

viii. Aseguramiento Universal en salud.

La Comisión Intergubernamental de Salud, cuya creación ha sido impulsada por el Minsa, tendrá como responsabilidades:

Desarrollar los componentes de gestión descentralizada para el ejercicio de las competencias y funciones transferidas.

Analizar el ejercicio de las funciones compartidas.

Con fecha 12 de febrero del 2010 se ha instalado la Comisión habiéndose aprobado su reglamento, en el que se:

Establece que ésta tiene como objetivo desarrollar la gestión descentralizada de salud considerando un cambio progresivo del enfoque sectorial a uno territorial, en la organización de los servicios públicos.

Incorpora a los gobiernos locales en el esfuerzo de articular la gestión sanitaria pues éstos también tienen responsabilidades en salud.

Establece que sus acuerdos son vinculantes.

Define que la Comisión se reunirá ordinariamente cuatro veces al año, una cada trimestre.

---

<sup>5</sup>R.M 871-2009/ MINSA, del 28 de diciembre del 2009

## 1.2.2 Las reformas en el sector Salud

Además de las reformas al conjunto del aparato público que el Estado viene impulsando, a las que se ha hecho mención en la sección anterior, el MINSA también viene trabajando en diversas reformas tendientes a mejorar la gestión de los servicios de salud y el acceso de la población a éstos. A continuación se hará una breve referencia a estos esfuerzos.

### a El Sistema de Aseguramiento Universal de Salud -AUS-

Este sistema, creado mediante la Ley 29344, constituye un acontecimiento de la mayor relevancia para la salud pública en las últimas décadas. Tres decisiones básicas que esta Ley adopta son:

- Que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación.
- Define un listado de condiciones asegurables e intervenciones (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud -PEAS-) que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean éstas públicas (como el SIS), privadas o mixtas.
- Encarga al MINSA la responsabilidad de establecer las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento; e iniciar el proceso de aseguramiento en regiones piloto, priorizando las zonas de mayor pobreza. Crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (sobre la base de la actual Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud) como la institución encargada de velar por el funcionamiento del sistema.

Respecto de lo primero, para posibilitar el acceso de toda la población a un seguro de salud, la ley ha establecido tres tipos de regímenes de aseguramiento:

- Régimen contributivo. Comprende a los trabajadores y sus familiares asegurados en EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y Entidades Prestadoras de Salud (EPS). También comprende a los trabajadores estatales que laboran bajo el régimen de Contratos de Administración de Servicios (CAS).
- Régimen semicontributivo. Comprende principalmente a los empleados de las MYPES y de los CAS privados. En este régimen los empleadores, trabajadores o asegurados cubren parte del costo de las prestaciones.
- Régimen subsidiado. Comprende a todas las personas en situación de pobreza y extrema pobreza. **Aquí los servicios son financiados por el Seguro Integral de Salud.**

La Ley ha dispuesto que el Sistema de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), esté conformado por las siguientes entidades:

- Seguro Integral de Salud (SIS)
- Seguro Social de Salud (EsSalud)
- Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional
- Entidades Prestadoras de Salud del sector privado (EPS)
- Compañías de seguros privados
- Entidades que ofrecen servicios de salud prepagados
- Autoseguros y fondos de salud públicos, privados y mixtos.

Para estas entidades el PEAS es de cumplimiento obligatorio. En los ámbitos donde se implemente el AUS las personas afiliadas podrán atenderse, según corresponda, en cualquier establecimiento del Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, servicios de salud de las municipalidades y clínicas privadas, a través de las cuales operan las entidades aseguradoras.

Respecto del segundo tema relativo a las condiciones asegurables e intervenciones comprendidas en el PEAS, la Ley define que las condiciones asegurables son los estados de salud que se busca mantener en el caso de la población sana o recuperar en caso de la población enferma, que son susceptibles de ser financiadas mediante esquemas de aseguramiento. Las intervenciones son las prestaciones o conjunto de prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

Específicamente, respecto a las inmunizaciones, el PEAS comprende el esquema de vacunaciones establecido en la Norma Técnica Sanitaria 080-MINSA aprobada por la R.M. 457-2009/MINSA- a la que se hará referencia más adelante.

Respecto del tercer tema mencionado, cabe precisar que la implementación del AUS *no significa la creación de un nuevo seguro sino la puesta en marcha de mecanismos que permitan la universalización del seguro*. Para la población más vulnerable y de menos recursos existe el SIS que es un sistema de aseguramiento subsidiado por el Estado.

Para la puesta en marcha del sistema de aseguramiento:

- 1 El MINSA viene trabajando en la operacionalización del sistema. En los ámbitos donde se decida la implementación del AUS, el sector:
  - a Adoptará las disposiciones necesarias para la articulación de los servicios de salud para facilitar la asunción gradual del PEAS.
  - b Los integrantes del sistema, tanto públicos como privados, establecerán redes funcionales de servicios que permitan el intercambio de prestaciones de calidad estándar, y deberán estar organizados a través de una cartera de servicios acreditados por establecimiento, respetándose la autonomía y recursos de las instituciones que integran el sistema.
  - c Se fortalecerá el SIS para incrementar la cantidad de población en pobreza y extrema pobreza atendida por el seguro; y
  - d Se buscará incrementar el porcentaje de población afiliada a un seguro de salud, entre otras tareas.
- 2 Se creó el Comité Técnico Implementador Nacional - CETIN<sup>6</sup> como la instancia responsable de la conducción del proceso para la implementación del AUS, y se han creado Comités en las regiones priorizadas, algunos de los cuales ha formulado ya su plan de implementación.
- 3 Se ha aprobado el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud<sup>7</sup>.
- 4 En enero del 2010 se aprobó el inicio del proceso de aseguramiento en la ciudadela Pachacutec, del Callao.
- 5 En febrero del 2010 se aprobó<sup>8</sup> el documento técnico “Carga de enfermedad en el marco de la implementación de los pilotos de aseguramiento universal en salud, regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica”.
- 6 En abril del 2010 se aprobó<sup>9</sup> el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal.
- 7 En mayo del 2010 se aprobó el inicio del proceso de aseguramiento en las provincias Datem del Marañón, de la región Loreto; y Condorcanqui y Bagua, de Amazonas.

<sup>6</sup>D.S. 011-2009-SA

<sup>7</sup>D.S. 016-2009-SA

<sup>8</sup>R.M. 100-2010/MINSA

<sup>9</sup>D.S. 008-2010-SA

## b La gestión de los servicios de salud

En el Perú, desde la década de los '90 en el sector salud se han implementado esfuerzos por introducir la atención integral en los servicios de salud. Se han desarrollado experiencias parciales a partir de:

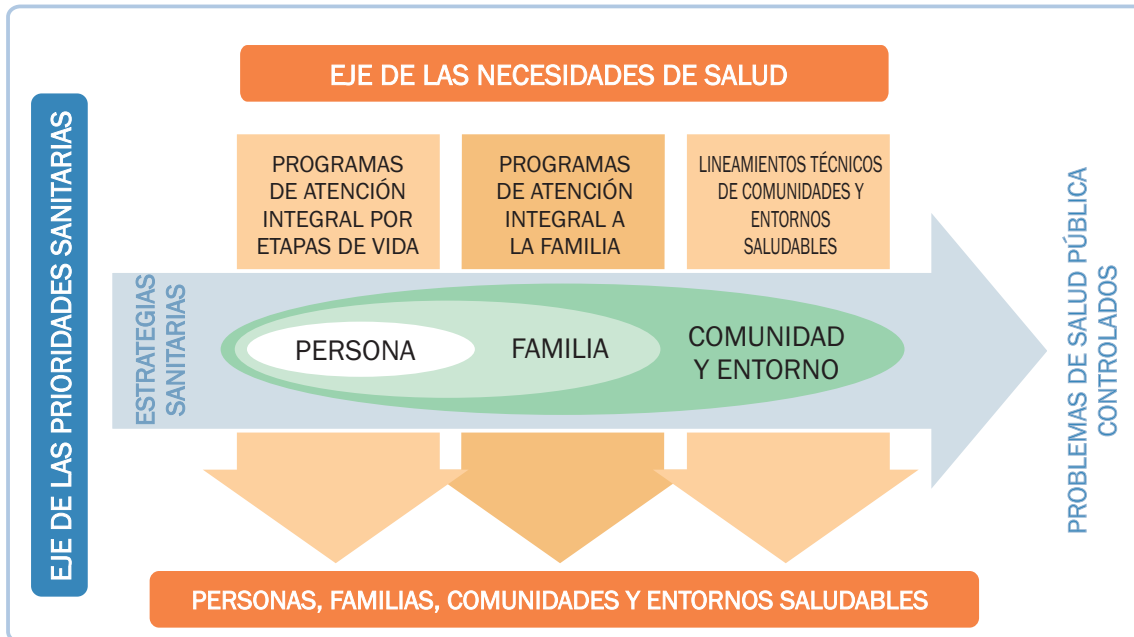
- El Programa de Salud Básica para Todos, que desarrolló una metodología para la formación de recursos humanos orientados a prestar una atención integral, además de la definición de estándares y mecanismos para la acreditación de servicios de atención integral.
- También ha habido iniciativas regionales, como la del proyecto UNI, en el distrito de Moche (La Libertad) que organizó un sistema sectorizado con una metodología orientada a lograr la protección de la familia y que vinculó la atención individual en el establecimiento a la atención de las familias y de los sectores de la comunidad, bajo una lógica de riesgos y señales de alarma.
- En Cajamarca también tuvo lugar la experiencia de la DISA Cajamarca con el apoyo de la cooperación de Holanda y Suiza, que desarrolló el componente de atención extramural a la comunidad, con un enfoque participativo.
- Igualmente, la DISA San Martín, estableció esquemas organizacionales más integrados y una experiencia regional en atención integral, especialmente para la mujer y el niño. También ha habido importantes avances en otras regiones como Tacna y Ayacucho
- Posteriormente ha tenido lugar el desarrollo de otras experiencias a partir del Proyecto 2000, el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud, el Proyecto de Desarrollo de Capacidades y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica, los cuales han aportado orientaciones para cambios en el modelo de atención orientándolos hacia una atención más integral.

En base a estas experiencias, el MINS<sup>10</sup>, aprobó el documento “La Salud Integral: Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral de Salud”, como marco de referencia para la atención de salud del país.

El Modelo de Atención Integral (MAIS) surgió de la idea de recuperar la integralidad del ser humano a la hora de estructurar la respuesta social en salud, colocando a las personas y su familia como el centro de la misión del sector. Como puede verse en el gráfico, el MAIS está compuesto por dos ejes que permiten ordenar la respuesta sanitaria:

<sup>10</sup> Mediante la R.M. 729-2003 SA/DM, de junio del 2003,

## Ejes del MAIS



Fuente: <http://minsa.gob.pe/portal/servicios/SuSaludPrimero/MAIS>

**El eje de las necesidades de salud** incluye dos tipos de intervenciones: los Programas de Atención Integral y Lineamientos Técnicos orientados a conseguir la cobertura de las principales necesidades de salud de las personas, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención de daños, recuperación y rehabilitación de la salud. Su propósito es lograr la protección de la salud de las personas, entendida como la cobertura de las principales necesidades de salud.

**El eje de las prioridades sanitarias** es abordado mediante las Estrategias Sanitarias Nacionales y Regionales, las mismas que atienden y evalúan permanentemente las prioridades sanitarias nacionales y regionales.

La aplicación del modelo requiere combinar la atención de la problemática propia de cada grupo de edad, de la familia y la comunidad con las orientaciones normativas emanadas de las estrategias sanitarias que son las instancias especializadas en el tratamiento de las prioridades sanitarias definidas por el sector.

El funcionamiento del MAIS requiere la operación y desarrollo de sus cuatro componentes:

- El componente de Organización, tiene que ver con la estructura de la oferta sanitaria.
- El componente de Gestión se refiere a los procesos gerenciales de apoyo a la provisión de los servicios de salud
- El componente de Financiamiento tiene que ver con la obtención y gestión de los recursos necesarios para el logro de los resultados sanitarios propuestos.
- El componente de Provisión se refiere al conjunto de atenciones y cuidados que los equipos de salud y las propias personas, familias y comunidades proveen para promover la salud y prevenir las enfermedades.



Con posterioridad a la aprobación del MAIS, el MINSA, aprobó<sup>11</sup> la Guía Técnica “Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud” y ha venido promoviendo su implementación. Ha emitido diversas normas relativas a la atención de los niños, los adolescentes, los adultos, los adultos mayores y la familia.

A octubre del 2009, se cuenta con las siguientes Estrategias:

- ESN de Inmunizaciones
- ESN de Prevención y Control de Tuberculosis
- ESN de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores
- ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA
- ESN de Daños no Transmisibles
- ESN de Salud Sexual y Reproductiva
- ESN de Alimentación y Nutrición Saludable
- ESN de Accidentes de Tránsito
- ESN de Salud Mental y Cultura de Paz
- ESN de Contaminación con Metales Pesados u otras sustancias Químicas
- ESN de Salud Familiar
- ESN de Salud de los Pueblos Indígenas
- ESN de Salud Familiar

<sup>11</sup>R.M. 696-2006

- ESN de Salud Ocular
- ESN de Salud Bucal
- ESN de Zoonosis

El desarrollo de la normatividad relativa a los componentes del MAIS deberá tener en cuenta la nueva distribución de roles y funciones derivada del proceso de descentralización y la creación del sistema de aseguramiento universal. Se debe tener en cuenta que:

- La provisión de las prestaciones asegurables no será una responsabilidad de los establecimientos de salud, individualmente, sino de las redes y microrredes.
- La provisión de servicios integrales por grupos de edad requiere una organización institucional ad-hoc que tenga un correlato presupuestal que asegure las condiciones deseadas para el servicio.

Estas y otras consideraciones requieren un nuevo marco técnico y normativo cuyo desarrollo corresponde al MINSA como órgano rector. En atención a esa necesidad el MINSA actualmente viene desarrollado un estudio piloto sobre cuál debiera ser el diseño del sector en los ámbitos locales, y qué ajustes deberán hacerse para que el MAIS funcione en el ámbito local.

### 1.2.3 La reforma de los programas sociales

Como se mencionó en el ítem 1.2, entre las reformas en curso, están las referidas a la **Estructura del Estado**, que tienen que ver con una mejor distribución de los roles y funciones de las instituciones. Entre estas reformas están las relativas a los programas sociales- PPSS.

A continuación se hará mención a tres de estas por estar más vinculadas al trabajo del sector salud, específicamente al de la Estrategia de Inmunizaciones:

- a) La **fusión de los programas sociales** que significó la reducción de 82 a 26 PPSS en el año 2009. Entre los programas que han sido fusionados están PACFO, PANFAR, Comedores Infantiles, CEI (PRONOEI), Desayunos Escolares y Almuerzos Escolares, que han dado lugar al Programa Integral de Nutrición -PIN. Tanto los programas fusionados como el nuevo al que han dado lugar son gerenciados por el MIMDES a través de PRONAA. Esta fusión aún no ha sido completada pero es muy importante para el sector salud por que el PIN trabaja con niños con el objetivo de combatir la desnutrición infantil.

- b** La creación de la **Estrategia Nacional CRECER**, impulsada por la Presidencia del Consejo de Ministros -PCM- que busca articular las intervenciones de las entidades públicas - gobierno nacional, gobiernos regionales y locales- instituciones y organizaciones privadas y organismos de cooperación internacional, vinculados directa o indirectamente con la implementación de programas y proyectos de lucha contra la desnutrición infantil.

El ámbito de intervención de la estrategia CRECER comprende a distritos que forman parte del primer quintil de pobreza en 21 regiones del país; a ámbitos urbano-marginales de las ciudades con mayor prevalencia de desnutrición crónica infantil; y zonas declaradas en emergencia por desastres naturales. Se implementará en:

- 375 distritos urbano-marginales, cuyo listado puede verse en [http://www.crecer.gob.pe/documentos/urbano\\_marginales.pdf](http://www.crecer.gob.pe/documentos/urbano_marginales.pdf); y
- en 880 distritos<sup>12</sup> el ámbito rural, en tres etapas, de acuerdo al siguiente detalle:

### ÁMBITO DE INTERVENCIÓN CRECER EN ZONAS RURALES

DEPARTAMENTOS	Distritos etapa I	Distritos etapa II	Distritos etapa III	Total distritos
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>330</b>	<b>308</b>	<b>242</b>	<b>880</b>
AMAZONAS	9	3	16	28
ANCASH		66	17	83
APURÍMAC	60		5	65
AREQUIPA			18	18
AYACUCHO	23	46	16	85
CAJAMARCA		77	19	96
CUSCO	44		27	71
HUANCAVELICA	76		8	84
HUÁNUCO	67		1	68
ICA			2	3
JUNÍN		39	7	46
LA LIBERTAD		42	3	45
LAMBAYEQUE			4	4
LIMA			13	13
LORETO		11	29	40
MADRE DE DIOS			3	3
PASCO		8	3	11
PIURA		16	9	25
PUNO	51		11	62
SAN MARTÍN			21	21
UCAYALI			9	9

Fuente: PCM

<sup>12</sup> El mapa de los distritos involucrados puede verse en <http://www.crecer.gob.pe/ambitodeatencion.php>

Los gobiernos regionales y locales involucrados implementan la estrategia conformando, mediante Ordenanzas, instancias de coordinación cuyo objetivo es que las instituciones y organizaciones intervengan de manera articulada en la provisión de atenciones y servicios a los más pobres. A nivel regional estas instancias comprenden a la Gerencia de Desarrollo Social, las Direcciones Regionales de Salud y Educación, SIS, PRONAA, JUNTOS, Programa de Alfabetización, AGRORURAL, Pro Vías, MCLCP, las OSBs y las ONGs, entre otros. En el caso de los gobiernos locales, participan las unidades de las instituciones y organizaciones citadas que tienen presencia en el ámbito distrital.

Las instancias de coordinación creadas reciben de parte de la PCM el censo distrital elaborado por el INEI para la identificación de sus beneficiarios, información que es entregada al SIS, el cual se encarga de administrar y consolidar el Registro de Beneficiarios de la Estrategia CRECER.

Será muy importante un vínculo de la ESNI con este registro tanto para acceder a información sobre la población que recibe atención de los diferentes programas y a la que se puede acceder a través de ellos, como para ingresar información y fortalecer el registro.

**C** Perfeccionamiento del Programa JUNTOS. Este programa nació el 2004 con el fin de contribuir a la reducción de la pobreza a través de la generación de capital humano mediante la entrega de incentivos monetarios condicionados al acceso y uso de servicios de salud, nutrición y educación; así como para mejorar la capacidad de consumo de las familias.

Para la selección de los beneficiarios del Programa se sigue un doble proceso. Los distritos son seleccionados según las variables: Afectación por la Violencia, Necesidades Básicas Insatisfechas, Brecha de Pobreza, Pobreza Extrema y Desnutrición Infantil Crónica. En los distritos elegidos se hace un barrido censal de todas las viviendas, a las cuales se les aplica una evaluación socio-económica.

De ese barrido se selecciona aquellos hogares que cuentan entre sus miembros con mujeres embarazadas o padres viudos o apoderados con niños o niñas hasta los 14 años. De éstos se selecciona a hogares que califican como pobres y pobres extremos y, en una asamblea de validación comunal, se decide qué hogares merecen el apoyo del Programa. Los representantes de los hogares elegidos firman un acuerdo de compromiso con el Programa JUNTOS.

El Programa empezó como etapa piloto en el 2005 en 110 distritos de los 4 departamentos más pobres del país. Ha pasado de atender a 32,000 hogares en ese año a 409,610, a finales del 2009. En ese lapso también se han implementado modificaciones para mejorar la gestión del Programa.

Así, a partir del 2009 el Programa JUNTOS trabaja para:

Mejorar la articulación operativa MINSAS-SIS-JUNTOS.

Lograr la afiliación de los beneficiarios del SIS en JUNTOS.

Realizar seguimiento individualizado de los beneficiarios a través del flujo de información del SIS.

Establecer con los EESS citas programadas de atención a gestantes y menores de 5 años, etc.

### 1.2.4 El Presupuesto por Resultados y el Sistema de Gestión Administrativa

Entre las reformas relativas al funcionamiento de la administración pública, a las que se ha hecho referencia, está el **Presupuesto por Resultados**, que es un nuevo sistema de gestión presupuestaria<sup>13</sup> que se ha empezado a implementar progresivamente en el país desde el 2007. Este nuevo sistema introduce un cambio en la forma de hacer el presupuesto público que articula los bienes y servicios a ser provistos por las instituciones del Estado con los cambios que se busca generar en el bienestar de los ciudadanos, es decir, con el logro de los propósitos del Estado. El sistema se basa en una lógica que organiza los insumos en actividades que generan productos los que, a su vez, permiten el logro de resultados.



El PpR implica un cambio en la forma de asignar los recursos públicos. Sus atributos se expresan en pasar de:

- Un enfoque centrado en líneas de gasto e insumos, a otro centrado en la atención al ciudadano.
- La búsqueda de incrementos presupuestales a partir de necesidades de insumos, a la determinación del presupuesto en función a las necesidades de cobertura de los servicios.
- Del análisis puramente financiero, a un análisis de la secuencia insumo-producto-resultado.
- De la responsabilidad institucional limitada a insumos, a la rendición de cuentas sobre los productos o servicios brindados al ciudadano.
- De lo inmediato (un año), al largo plazo (cuatro años).

<sup>13</sup>Capítulo IV de la Ley 28927, Ley de Presupuesto 2007 y la Directiva 010-2007-EF/76.01

El Art. 11 de la ley 28927 estableció actividades estratégicas a favor de los niños, que dieron lugar a la creación de los primeros programas estratégicos:

Actividades priorizadas por la ley	Programas Estratégicos a los que dieron lugar las actividades priorizadas	Sectores involucrados
1 Atención del niño < 5 años	Articulado Nutricional	Gobiernos Regionales.
2 Atención de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas		
3 Atención de agua segura y vigilancia y control de calidad de agua para consumo humano		
1 Atención a la mujer gestante	Salud Materna	Ministerio de Salud.
2 Atención al niño < de 29 días		
1 Registro de nacimiento y de identidad	Acceso a la Identidad	
1 Control de asistencia de profesores y alumnos	Logros Educativos Básicos	Ministerio de Educación.  RENIEC.  MIMDES.
2 Atención educativa prioritaria a niños y niñas de 5 a 7 años		
3 Formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria		
4 Supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica y capacitación a docentes		

A partir del año 2008 se inició la implementación de los programas estratégicos Salud Materno Neonatal; Programa Articulado Nutricional; Logros de Aprendizaje al Finalizar el III Ciclo de Educación Básica; Acceso de la Población a la Identidad; y Acceso a los Servicios Sociales y Oportunidades de Mercado. A ellos se sumarán los programas Gestión Ambiental Prioritaria; Acceso a Energía en Localidades Rurales; Acceso a Saneamiento, Agua Potable y Manejo de Excretas; y Acceso a Telecomunicaciones en Zonas Rurales, los cuales, de acuerdo a lo previsto, entrarán en operación a partir del 2010.

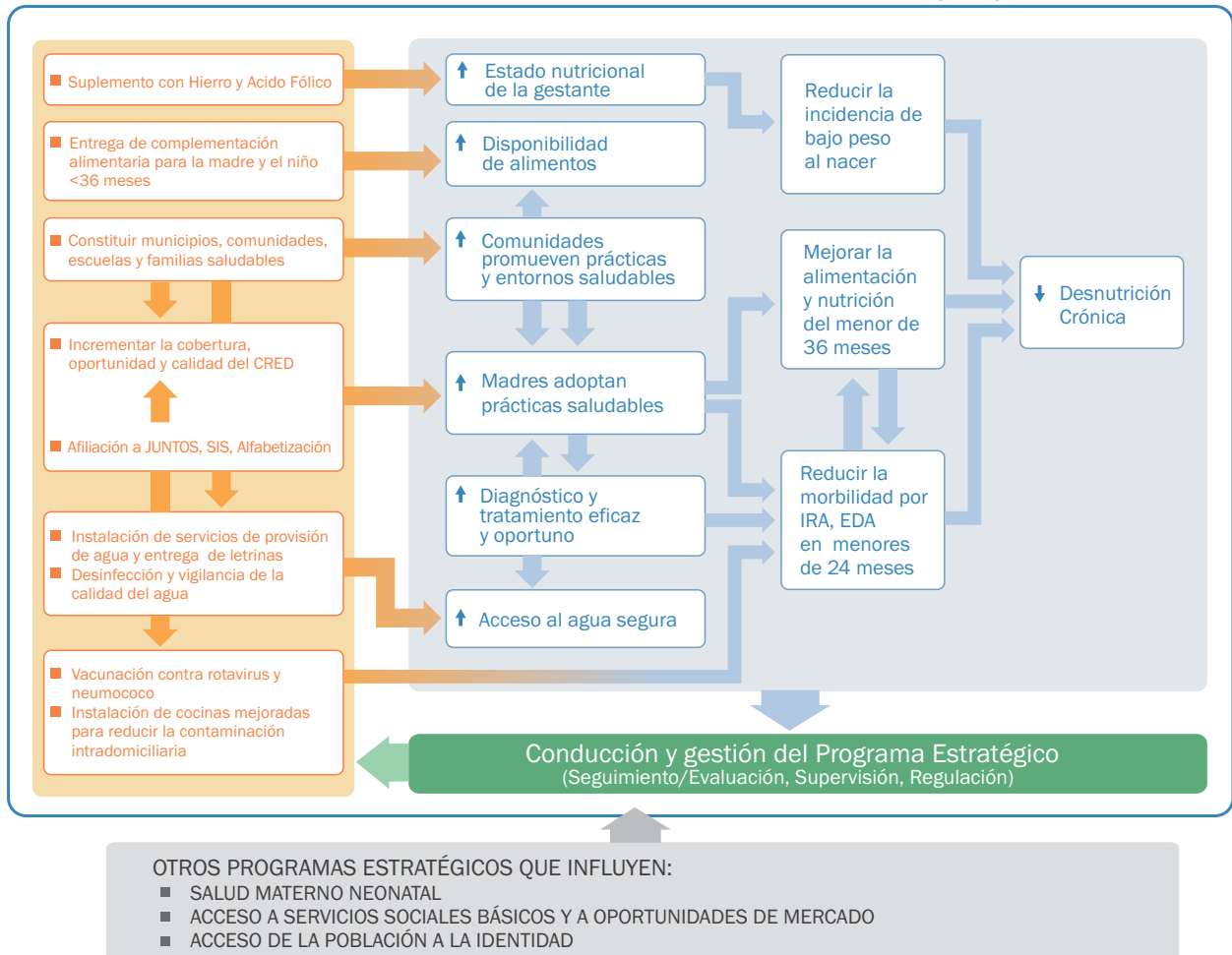
Los dos primeros programas estratégicos implementados el 2008 están directamente relacionados con las responsabilidades en salud tanto a nivel nacional –MINS-SA-SIS-INS- como de las direcciones regionales de salud. Tienen como objetivo o resultado prioritario:

Programas Estratégicos	Objetivos / Resultados prioritarios
1. Articulado Nutricional	Reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.
2. Salud Materno Neonatal	Reducir la morbimortalidad materna y noenatal.

La formulación de un Programa Estratégico exige, según la normatividad del MEF, la elaboración de un modelo lógico que explicita las causas y los efectos de un determinado problema. De esa explicación derivará la relación insumos/actividades-productos-resultados del Programa.

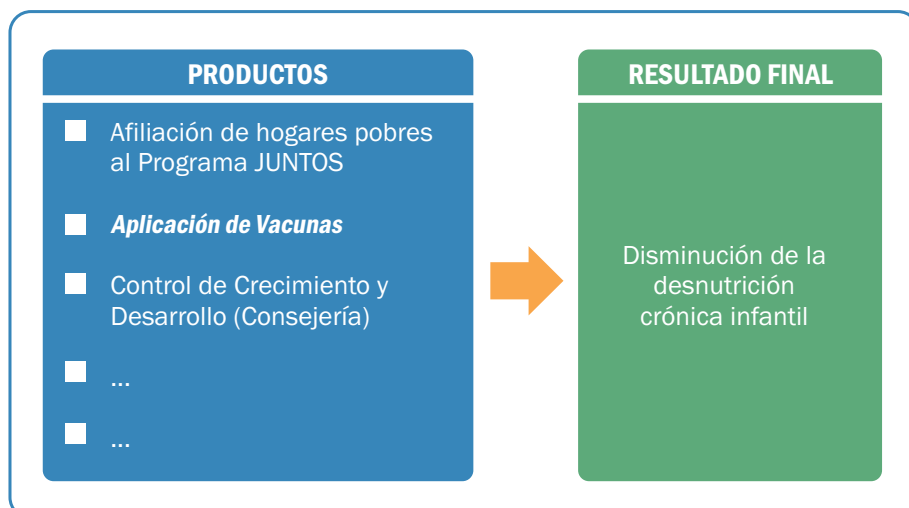
Para el Programa Articulado Nutricional se ha formulado el siguiente modelo:

## MODELO LÓGICO: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)



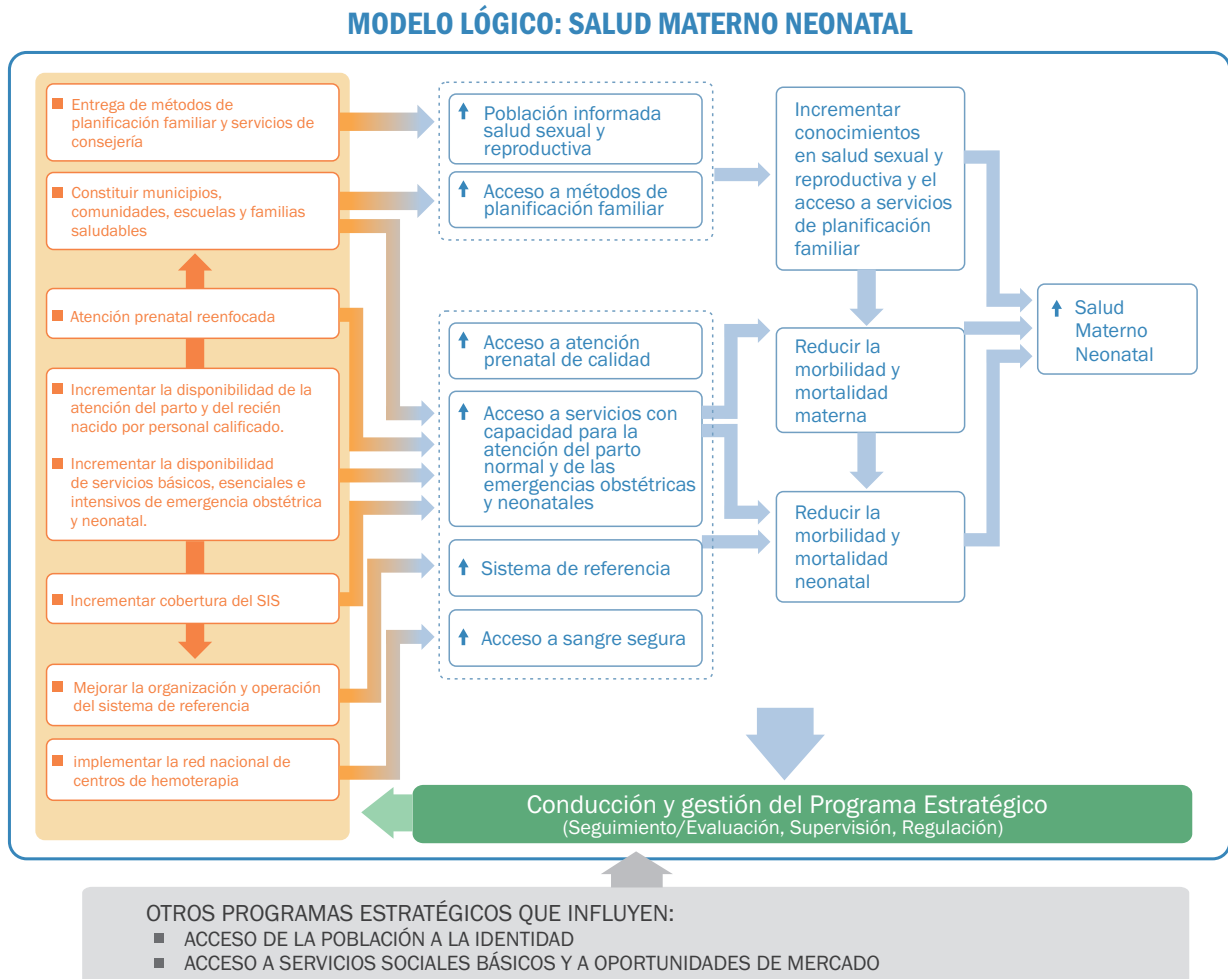
Fuente: Programa Articulado Nutricional -MEF

Esta formulación ha permitido la diferenciación de Insumos/Actividades, Productos y Resultados. La *Aplicación de Vacunas* ha sido identificada en este modelo como un producto conducente al *Resultado Final* esperado.



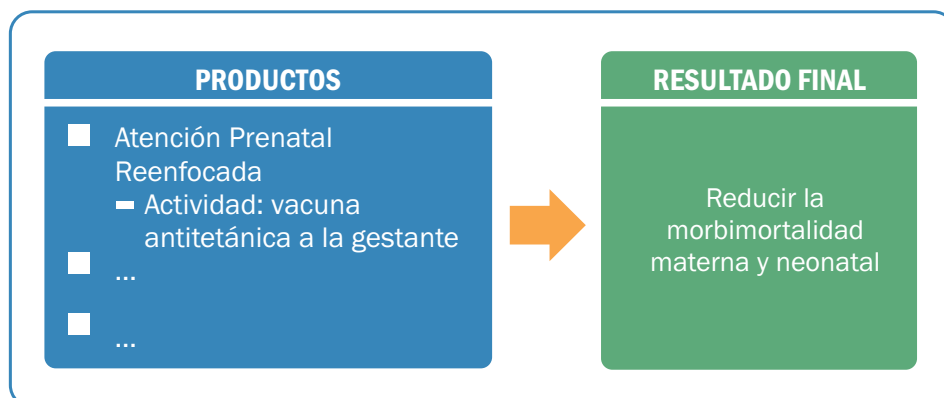
Es decir, en la formulación del PAN, entonces, el programa de vacunaciones está vinculado a un resultado específico esperado, el cual es disminuir la desnutrición crónica infantil.

En el caso del Programa Estratégico Salud Materno Neonatal, el modelo es el siguiente:



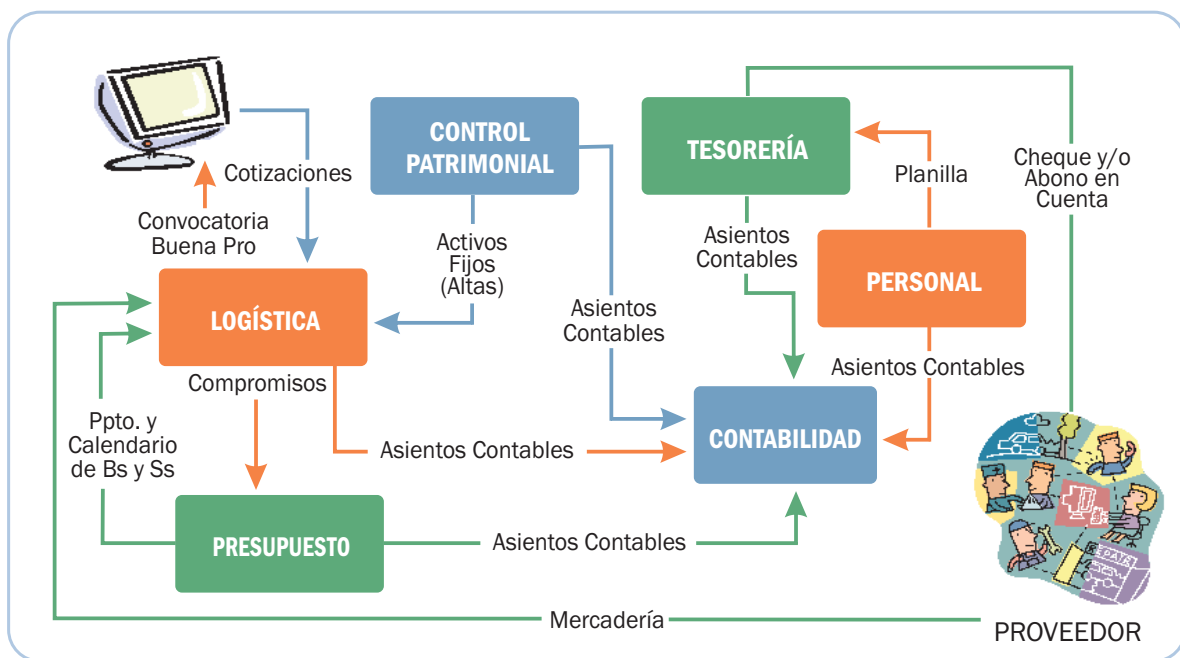
Fuente: <http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR>

En el caso de este Programa, la *vacunación a gestantes* está incorporada como actividad orientada a la obtención de un *producto*:



El **sistema integral de gestión administrativa -SIGA-** es un aplicativo informático destinado a ordenar y simplificar los procesos de gestión administrativa.

### Visión del SIGA



Fuente: <http://www.minsa.gob.pe/siga/ppt>

Este sistema, que se empezó a aplicar en el sector salud a partir del año 2004, está organizado en módulos que vienen siendo desarrollados e implementados por etapas. A diciembre del 2009 se cuenta con una versión del Módulo de Logística y del de Control Patrimonial. Estos módulos, integrados, permiten a las unidades ejecutoras realizar los procesos de la cadena logística que va desde la programación del Cuadro de Necesidades y realización de los procesos de compra hasta la distribución de bienes del almacén y su registro patrimonial, en el caso de los activos.

Para los Programas Estratégicos, el MEF ha desarrollado el Módulo de Presupuesto-SIGA-PpR, el cual permite la formulación de costos de dichos programas.

### 1.3 Retos y desafíos de las Direcciones Regionales de Salud para la gestión de la Estrategia de Inmunizaciones

El escenario de cambios en el aparato público y en el sector salud especialmente, constituye una oportunidad para mejorar el acceso y la calidad de los servicios que se prestan.

Los cambios plantean nuevas exigencias al Ministerio de Salud y a los gobiernos regionales. En uso de la autonomía que la ley confiere a los gobiernos regionales, éstos, con el apoyo de sus Direcciones Regionales de Salud, podrán organizar sus intervenciones en función de su realidad epidemiológica, sus capacidades, sus recursos y sus prioridades políticas. También podrán coordinar las respuestas sanitarias con los otros operadores y con los municipios. En ese sentido se debe reconocer el rol de la DIRESA como la única autoridad en salud en cada gobierno regional, como lo reconoce la R.M. 405-2005/MINSA.

La labor de coordinación de la respuesta sanitaria de las DIRESA en una región tiene como antecedente el trabajo de los Consejos Regionales de Salud. La transferencia de funciones del MINSA a las regiones fortalece el rol de las regiones y de las DIRESA, en la organización de respuestas sanitarias acorde con la realidad específica de cada región.

La organización de una respuesta sanitaria propia de cada región, exigirá a los profesionales de salud nuevas habilidades y conocimientos. La adopción del modelo de gestión por resultados ayudará a los gobiernos regionales a dar cuenta de los logros de su gestión. Para ello se requiere:

- Pasar de la programación a la planificación, lo cual exige contar con diagnósticos por ámbito al interior de la región para una identificación más precisa de las necesidades y oportunidades.
- Diseñar y gestionar la respuesta sanitaria más adecuada a la región.
- Generar consenso político alrededor de las prioridades sanitarias definidas.
- Hacer seguimiento y evaluación de las políticas aplicadas para su mejoramiento continuo.

Específicamente el personal de la **Estrategia de Inmunizaciones en las regiones tiene el reto de aprovechar las oportunidades que ofrece el nuevo escenario para mejorar significativamente las coberturas**. Enfrentar este reto exige de parte del personal un liderazgo proactivo en:

**a Actualizar permanentemente su conocimiento de la situación de las inmunizaciones**

Si bien el nivel de cobertura de las vacunaciones ha dado un salto muy significativo en la última década la situación no es homogénea al interior del ámbito regional, por lo que se requiere una identificación más precisa de la problemática al nivel más desagregado posible.

**b Diseñar una estrategia para atender la disparidad intrarregional de las coberturas**

En cada región la Estrategia de Inmunizaciones requiere contar con un planteamiento para atender las necesidades al interior de la misma que incluya métodos a seguir para lograrlo. Este planteamiento es indispensable en la búsqueda de financiamiento y de articulación de esfuerzos para mejorar la cobertura de inmunizaciones.

**c Incrementar los recursos disponibles**

La descentralización permite que las regiones obtengan y administren sus recursos. El nuevo Sistema Integrado de Gestión Administrativa SIGA-PpR permite que las unidades ejecutoras establezcan sus metas y definan el costo de la intervención. Ello permitirá a las regiones disponer de los recursos necesarios para la cobertura de metas definida. Debe señalarse adicionalmente que por tratarse de un programa presupuestal protegido, la solicitud de recursos tendrá prioridad.

Adicionalmente se debe señalar que la descentralización del Sistema de Nacional de Inversión Pública (SNIP) permitirá también a las regiones formular y ejecutar proyectos de inversión que ayuden a mejorar la provisión de los servicios que brindan las organizaciones del Estado.

**d Hacer alianzas estratégicas con actores locales**

Formular alianzas con las organizaciones sociales de base y las ONG como aliadas de la Diresa. Será de utilidad para hacer incidencia política y social a favor del mejoramiento de las coberturas y para apoyar las actividades propias de la Estrategia.

**e Lograr el apoyo político para la ampliación de las coberturas**

Superar las disparidades intrarregionales de coberturas requiere también la incorporación del tema en la agenda regional. En el marco de un planeamiento basado en gestión por resultados, la Estrategia de Inmunizaciones, tiene, a diferencia de otras intervenciones, mayores posibilidades de lograr apoyo político porque la salud y la educación de los niños son materias cuya prioridad es clara. Además, la cobertura de Inmunizaciones es un compromiso nacional expresado en las metas del milenio, definidas por las Naciones Unidas para ser conseguidas al 2015.

Que el gobierno regional tenga el control de los sectores en la región es una oportunidad para articular esfuerzos con las otras instancias de la región (Educación, especialmente), pudiéndose pasar de una tarea cuya responsabilidad corresponde solo al personal de la Estrategia a un trabajo integral en equipos con responsabilidades compartidas con otras direcciones e instancias del gobierno regional y del aparato público en la región.

Finalmente, es importante mencionar que los mejoramientos que puedan lograrse por el aprovechamiento de las oportunidades que ofrece el nuevo escenario no se producirán inmediatamente. Se trata de un proceso en construcción cuyos logros dependerán, en gran medida, de la actitud proactiva de los funcionarios involucrados y de su perseverancia en el propósito. Actitud proactiva, paciencia y perseverancia son virtudes clave para no desmayar en el esfuerzo de lograr mejoras significativas en la calidad y cobertura de los servicios que prestamos. La descentralización es un proceso que va a conllevar avances y retrocesos hasta encontrar una fórmula que se adecue a las características de un país tan diverso, pero tan rico en recursos, como es el Perú.

## ACTIVIDAD 1

- 1 Identifique por lo menos cinco cargos que corresponden a profesionales de su región que hacen funciones de gerencia para la Estrategia de Inmunizaciones
- 2 ¿Cuáles son, a su juicio, las tres funciones más importantes que cumplen los responsables de la Estrategia de Inmunizaciones? ¿Cómo se modificarán estas tres funciones con el proceso de descentralización?
- 3 ¿Cuáles son, a su juicio, las dos tareas más importantes que se deben abordar a nivel nacional para avanzar en el proceso de descentralización de la salud?
- 4 ¿Qué tendrá que hacer la Estrategia de Inmunizaciones en su región para adecuarse a un esquema de provisión de servicios de salud por grupos de edad en los establecimientos?
- 5 ¿Qué impacto tendrá la puesta en marcha del Aseguramiento Universal en la provisión del servicio de inmunizaciones en su región? ¿Qué previsiones debieran adoptarse?
- 6 ¿Qué relación tiene actualmente la Estrategia de Inmunizaciones en su región con el Programa JUNTOS? ¿qué se está haciendo o debiera hacerse, desde el sector salud, para mejorar los resultados de JUNTOS?
- 7 ¿Se ha implementado la Estrategia CRECER en su región? ¿Qué mejoras pueden lograrse gracias a su implementación? Si no se ha implementado ¿a qué factores se debe?
- 8 ¿Usted cree que el presupuesto por resultados será beneficioso para el servicio de inmunizaciones? ¿Por qué? ¿Qué dificultades prevé?
- 9 ¿Por qué es importante que se implemente en SIGA en su región? ¿Qué beneficios/dificultades traerá su implementación?
- 10 ¿Estima usted que las reformas del Estado en curso beneficiarán al servicio de inmunizaciones? ¿Cuál es, a su juicio, el reto más importante que el personal de la Estrategia en la región debe enfrentar para aprovechar las oportunidades del nuevo escenario y mejorar la provisión del servicio?

**¡Felicitaciones, llegaste al final de la Unidad 1!**

Continúa avanzando →