Peru MCC Immunization Threshold Program

FINAL REPORT

October 1, 2008 – February 28, 2011

Table of Contents

Table of Contents 2
Acronyms 4
List of Charts 5
List of Graphs 6

1. Introduction 7
   1.1. Background 7

2. Subcomponents and Work Strategies 16
   2.1. Sub-component 2.1. Ensure Immunization of Rural Children 16
   2.2. Sub-component 2.2. Strengthen Immunization Management and Logistics Systems .. 17
   2.3. Sub-component 2.3. Strengthen the immunization information system within the Ministry of Health at the central and decentralized levels 18

3. Background 20
   3.1. The Peruvian Political, Institutional and Health Context During Program Implementation 20
   3.2. Lack of Facilitating Factors 24
   3.3. Limiting Factors 25

4. Achievements of the Immunization Threshold Program 26

5. Lessons Learned 57
   5.1. Still Pending 57

6. Activities completed in January and February 2011, and Project Close-Out Activities for the Immunization Threshold Program 59
   Immunizations Information System (SIII) 59
   Plan for Improving the Logistics Processes for Vaccines 60
   Cold Chain Inventory 60
   Cost-effective Analysis of the AISPED Brigade Operations 61
   Survey by Conglomerates to Measure the Immunization Coverage in Households in the Eight Priority Regions, under contract to Instituto Cuanto S.A. 61
   Online Diploma in Immunization Management 62

Annex No. 1: Letter to USAID´s Knowledge Services Center 88
Annex No. 2: Report of Goods Donated to the itinerant brigades with NEA / 17 regions 89
Annex No. 3: Guidelines for Following, Control and Supervision of the AISPED brigades 90
Annex No. 4: Umbral Letter 028-2011 91
Annex No. 5: RM 070-2011 92
Annex No. 6: Vaccination Solid Waste Management Primer 93
Annex No. 7: Cost Study of Itinerant Brigades 94
Annex No. 8: CE Analysis Study of the AISPED Itinerant Brigades 95

Annex No. 9: Inclusive Care Model for Excluded and Scattered Populations. 96
Annex No. 10: SIGA Asset Training Participants per Final EU 97
Annex No. 11: Lessons Learned in the Implementation of the Immunization Management Diploma Program in virtual mode 98
Annex No. 12: Final Report on the Vaccines Logistics Process Improvement Plan at the national and regional level. 99
Annex No. 13: Integrated Immunizations Information System (SIII) Audit Final Report 100
Annex No. 14: SII Audit Final 101
Monitoring 102

Acronyms

AH1N1	Vaccine against Pandemic Influenza
AISPED	Comprehensive Health Care to Excluded and Dispersed Populations
BCG	Bacillus Calmett Guerin – Vaccine against tuberculosis
BfR	Budget for results
DGSP	General Directorate for Human Health
DNI	National Identity Document
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus
DPT3	Diphtheria, Pertussis, Tetanus, third dosage
ENDES	National Demographic and Health Survey DHS
ESNI	National Health Strategy for Immunizations
MCC	Millennium Challenge Corporation
MEF	Ministry of Economics and Finance
MINSA	Ministry of Health
MMR	Measles, Mumps and Rubella
OGEI	General Office of Statistics and Information
PCM	Presidency of the Council of Ministers
PENTA3	Pentavalent Vaccine (DPT+Hib+HVB), third dosage. Besides DPT, it includes Hemophilus Influenza (Hib) and Hepatitis B (HVB).
PRI	Regional Immunization Plan
SIGA	Administrative Management System
SIII	Integrated Immunization Information System
SIS	Comprehensive Health Insurance
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization
YHL	Years of Healthy Life

List of Charts

Chart 1	Report of MCC-USAID-MINSA Results
Chart 2	Immunization Coverage with and without identification card. 8 regions- 2010
Chart 3	Comparative Immunization Coverage, under 2 yrs of age. 8 regions – 2010 (summary).
Chart 4	Comparison of Immunization Coverage, children 18-29 months. 8 regions – 2010.
Chart 5	National Vaccination Scheme 2010
Chart 6	Budget for inputs, medicines, goods and operational costs 2006-2009
Chart 7	Population under the age of 1 year 2007-2010
Chart 8	Immunization Coverage with and without identification card. 8 regions- 2010
Chart 9	Comparative Immunization Coverage, under 2 yrs of age. 8 regions – 2010
Chart 10	Comparative Immunization Coverage, children 18-29 months. 8 regions – 2010.
Chart 11	National Production of the Immunization Strategy (all doses, all vaccines, and all population groups except AH1N1)
Chart 12:	Production of doses for all vaccines in children under 2 years of age. - 17 Regions
Chart 13	Production of doses by region, all vaccines to children under 2 yrs of age, except AH1N1 in 17 Regions
Chart 14	MMR doses applied to 1 year old children - 17 Regions
Chart 15	Agree or do not agree to vaccinate their child - 8 regions 2010.
Chart 16	Mothers' awareness of vaccination campaigns, 8 regions 2010.
Chart 17	Reasons for disagreeing with Vaccination Campaigns, 8 regions 2010.
Chart 18	Mothers' knowledge of diseases prevented by the vaccines BCG, PENTAVALENT and MMR, 8 regions 2010
Chart 19	Information on immunization reported according to vaccination opportunity, level of education of the mother, and level of poverty
Chart 20	Proportion of mothers who sought to vaccinate their children more often than necessary
Chart 21	Reasons why mothers sought to vaccinate their children more than once

List of Graphs

Graph 1	Vaccination Coverage MMR, Pentavalent and all basic vaccines ENDES 1996-2010 (first semester).
Graph 2	Evolution of vaccine and medicine budget for ESNI 2000-2010 (in soles).
Graph 3	Doses of vaccines given to children under 2 yrs of age MINSA 2008, 2009, 2010
Graph 4	Total number of doses applied, 17 regions, 2008, 2009 and 2010.
Graph 5	Total number of doses applied, including AH1N1. 17 regions, 2010
Graph 6:	Total number of doses applied to children under 2 yrs of age, 17 regions, and 2010.
Graph 7	Comparison of doses 1, 2 and 3 Pentavalent for 17 regions 2009, 2008 and 2010
Graph 8	Comparison of doses 3 Pentavalent for 17 regions 2009, 2008 and 2010
Graph 9	Comparison of MMR doses. 17 regions 2009, 2008 and 2010
Graph 10	Comparison of MMR for 17 regions 2009, 2008 and 2010
Graphs by regions	Graphs per region Children with Pentavalent 1 who did not receive Pentavalent 3 between January 2009 and September 2010, by region, 2009, 2008 y 2010 Apurimac. Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Puno
	Ancash, Cajamarca, Junin, La Libertad, Madre de Dios, Pasco
	San Martin, Ucayali

1. Introduction

1.1. Background

The Threshold Program is the result of Agreement 527-0422, dated June 9, 2008, between the Government of the United States of America and the Government of Peru, to Combat Corruption and Increase the Rate of Immunization. This agreement is a prerequisite for Peru to become eligible for increased funding from the Millennium Challenge Corporation (MCC). The two year Peru Threshold Program [1] has a total budget of $35.6 million and is administrated by the United States Agency for International Development (USAID), with the commitment of the Government of Peru to assign the necessary human and financial resources to help implement and supervise the Program. The Program's objectives in accordance with the Millennium Development Goals are to: (i) reduce corruption in public administration ($24.1 million); and (i) increase the rates of immunization for measles and DPT3 ($11.5 million). The immunizations component of the Threshold Program intends to support the efforts of the Ministry of Health (MoH), and the National Health Strategy for Immunizations (ESNI), to significantly increase the immunization coverage among children under the age of two.

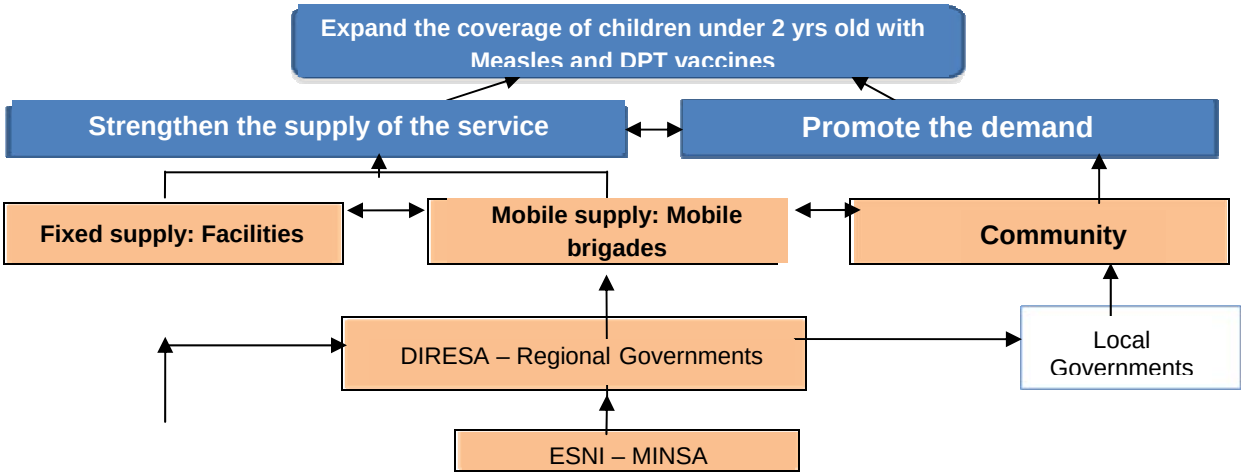
The immunization of children – using the basic vaccination scheme recommended by the World Health Organization (WHO)—is the public health activity that has proven to be of greatest cost benefit and cost effectiveness. Currently, new vaccines are available on the market that are safe and effective but, compared with the basic vaccination scheme, they are more costly. Incorporating them into the regular vaccination calendar, while certainly a positive step, would not guarantee improved effectiveness of the vaccine program as it would require additional resources, not currently available. The additional resources would be required not only for the vaccines, but there would be simultaneous needs for increases in personnel, storage capacity, and a vaccine distribution system to ensure that the vaccines are in perfect condition when they arrive at each of health facility. Peru currently has 16 different vaccines and 17 target population groups on the regular vaccination calendar and this more than challenges current capacity.

Logical Framework

Using the Logical Framework model adapted towards the end of the MCC Immunization Program, we see that the primary factors that contribute to increased immunization coverage are found on both the supply and the demand side of services. The supply of immunization services is provided through health facilities (the so-called fixed supply) and through the mobile itinerant brigades that extend comprehensive health service coverage to excluded and dispersed

[1] The Threshold Program was initiated in October 2008, and was extended through February 2011 for the immunizations component, and until December 2011 for the anti-corruption component.

populations (AISPED), (the so-called mobile supply.) In Peru, these two immunization strategies are led, at the regional level, by the Regional Health Directorates and, at the central level, by the National Health Strategy for Immunization of the Ministry of Health. The second, and equally critical factor for increased immunization coverage, is the demand for vaccination services. This demand depends on the positive perception of immunization services on the part of parents and caretakers of our target population.



Reporting Results

Based on the Logical Framework, the Immunizations Threshold Program developed a Monitoring and Evaluation plan, and, in collaboration with representatives from the Millennium Challenge Corporation (MCC), USAID/Peru, and Ministry of Health's National Health Strategy for Immunizations (ESNI), the structure and content for the Results Reporting Table was agreed upon. This Results Table has been completed during each quarter of Program implementation. This format defined the program objective indicators, the results indicators, and the quarterly milestones. The following is a summary of the results report table. Although all indicators and milestones were reported in detail every quarter, special mention is made in this report of the coverage results to highlight reasons for the increased coverage that occurred within the period of Program implementation.

TABLE 1: PERU THRESHOLD PROGRAM (ITP) - RESULT REPORTING TABLE (RRT) MCC-USAID-MoH

COMPONENT 2: INCREASE IMMUNIZATION RATES

ITP Sub-Component		Indicators						Milestones		
			Definition	Target	Baseline Jan-Dec 2008	Progress Jan-Dec 2009	Progress Jan-Dec 2010		Definition	Progress Jan 2009-Feb 2011
SC2.1	Ensure Immunization of rural children	1	DHS coverage of MMR and DPT3 in 8 Prioritized Regions (children aged:18-29 months)	95%	76.7% DPT3 80.1% MMR (8 regions, DHS 2008)	74.9% DPT3 76.9% MMR (8 regions, DHS 2009)	72.4% DPT3 83.9% MMR (National, 2010-I) ---------- 83.9% DPT3 86.4% MMR 8 Regions (Cuánto SA)	1. 2. 3. 4. 5. 6.	Number of IB equipped and trained. Number of IB funded Vaccine Formative Research Health care model for rural population CEA of IB	145 IB equipped 949 staff of IB trained 151 IB funded in 2011 17 regions with formative research done Proposal Model done Document done
SC 2.2	Strengthen immunization management and logistics systems	2	Regional storage with adequate vaccine supply	95%	67.09% (ITP survey)	81.62% (ITP survey)	96.68% (DIRESA official report)	1. 2. 3. 4. 5.	Baseline Diagnosis and annual evaluation Virtual Course on Immunization Bio-safety manual Guidelines to data entry (cold chain equipment) in SIGA software (Assets Module) Plan to improve logistics process of vaccines supply	Annual Evaluation done (5 ITP surveys) 340 participants Document approved by DIGESA Document to support national training in use of SIGA software Plan done for central and regional levels
SC 2.3	Strengthen the information system of immunization	4	Time for DIRESA and central level to receive information from health facilities	7 days	12.9 days (ITP survey)	8.1 days (ITP survey)	6.75 days (IIIS evaluation)	1. 2. 3.	Official resolution for Integrated Information Immunization System (IIIS) Training of IIIS IIIS implemented	Ministerial Resolution No. 614-2010/MINSA Health Directive No. 034-MINSA/DGSP-V.01 of IIIS. 31 IIIS workshops scaling 12 workshops to train IIS supervisors 34 supervisions done by trained supervisors
		5	Time for health centers to receive information from IBs	7 days	14.5 days (ITP survey)	6 days (ITP survey)	13.46 days (IIIS evaluation)			
		6	Registry errors in data reported to DIRESAs	15%	29.5% (ITP survey)	18.19% (ITP survey)	8.5% (IIIS evaluation)			

Analysis of Immunization Coverage

Given that the purpose of the Immunization Threshold Program has been to increase coverage of immunization for children under 2 years of age, the primary indicator selected was the percentage of children from 18 to 29 months of age immunized with Pentavalent and MMR vaccine as reported by the National Demographic and Health Survey (continuous ENDES). The base value was defined as the weighted average of the eight prioritized regions and is equivalent to 76.7% for Pentavalent 3 and 80.1% for MMR.

It should be noted that to calculate coverage, ENDES measures the number of vaccinated children (in this case, between 18 and 29 months of age) in comparison with the total number of children surveyed in the same age group and coverage is then expressed in percentages.[2] This indicator is not the one that ENDES usually publishes with regard to Immunization Coverage for "**all"** basic vaccines[3], but coverage information was used towards the end of the program by type of vaccine, specifically the coverage of Pentavalent and MMR.

According to the results for the eight priority regions, improvement in coverage is seen in the case of the MMR vaccine, from 80.1% in 2008 to 83.9% in 2010. It is worth noting that this increase occurred after several years of decline in coverage and corresponds to a change in the trend of national vaccine coverage for these two vaccines, and **all** basic vaccines. This change coincides with the Program's period of operation and indicates a path of improvement that will also extend to the eight priority regions that experience greater structural restrictions (rurality, dispersed population, poverty) and functional restrictions (few data analyses and limited supervision) than the rest of the country.

The following graph helps in the analysis of early Program results. We see the evolution of national vaccine coverage with the third dose of Pentavalent. This coverage reached 83% until 2006 (when only the DPT vaccine was used) and suffered a significant drop in 2007 (coinciding with the substitution of the DPT with Pentavalent[4]). After this, the coverage has fluctuated around 73% until the present time. In the case of the MMR vaccine, the coverage remained steady at 85% until 2006, when it decreased until 2009. The trend changed in 2010 to 83.9%.

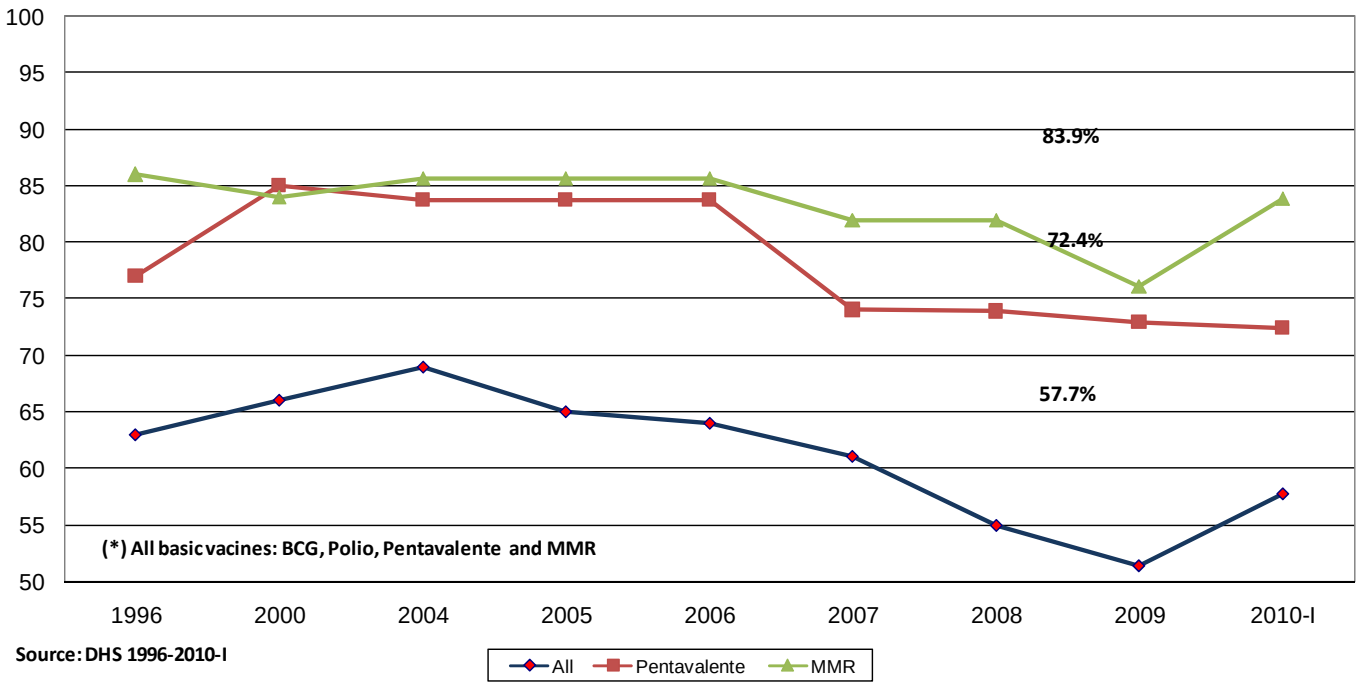
It is also useful to look at the evolution of the vaccination coverage of **all** the basic vaccines, the indicator usually published by the ENDES survey. The highest percentage is recorded in 2004

[2] Coverage of the population is measured regularly with a home survey, verifying the vaccination cards of the children and if there is no card, collecting information from their mothers.
[3] Coverage with all the basic vaccines means that the children are vaccinated with a dose of BDG, three doses of Polio, three doses of DPT/Pentavalent and one dose of MMR.
[4] The Pentavalent vaccine includes the DPT and also Hib and HVB.

with 69% (that year the vaccination calendar only included basic vaccines), and the lowest in 2009 with 51.4% (the year when the calendar was extended to nine vaccines for children). According to the ENDES 2010 results (first semester), the trend in vaccination coverage for **all** basic vaccines has shown an important turnaround, increasing from 51.4% in 2009 to 57.7% in the first semester of 2010, as shown in the following graph.

Graph 1

Vaccine coverage of MMR, Pentavalent and all basic vaccines (*)
Peru 1996 – 2010 -1
(as percentage of children 18-29 months old)



Another coverage measurement is that reported by the General Statistics and Information Office of the Ministry of Health and Regional Directorates. This coverage determines how many of the children are vaccinated against the total number programmed for vaccination in each age group; thus the coverage with Pentavalent is estimated for children under one year of age, while the MMR coverage is for children who are one year old. This means that although both denominators are shown as "immunization coverage," they are not strictly comparable because of the difference in age cohorts as well as the methodology.

Lastly, given that the Program requires more complete information on immunization (disaggregated by different age ranges, regions, urban-rural areas, and also considering the changes in perception among parents/families of the children immunized), it was decided to ask

the Instituto Cuanto S.A. to carry out a household survey to measure the coverage with statistics for each of the eight regions. This survey was made on a sample of 6,240 homes (n=6,240).

The results of the Cuanto S.A. Survey are shown in the following chart for the BCG, Pentavalent and MMR vaccines according to the different age groups identified in the survey.

We note that in the case of the Pentavalent vaccine and the age group of 6 to 11 months, the coverage for Dose 3 is 75.4%, a sharp difference from Dose 1 and 2, and that the difference which reduces total coverage is much less in the group with vaccination cards (98.9%, 95.2% and 81.4%) than in the group without cards (97.5%, 88.0% and 58.4%). This could suggest an underestimation of the Pentavalent coverage due to poor recollection by the mother. Note that the situation is the reverse in the case of BCG, which is probably more easily identified. In the case of the MMR vaccine in the 12-23 month age group, the coverage is estimated at 78.9%.

Chart 2: Coverage of total immunization, w/wo vaccination card, 8 regions 2010

	BCG	DPT / Pentavalent			MMR
	%	1	2	3	%
		%	%	%	
VACCINATION INFORMATION					
Total	**95.7**	**97.4**	**94.1**	**82.2**	**83.8**
From 6 to 11 months (*)	97.0	98.5	93.3	**75.4**	
From 12 to 23 months (*)	94.8	97.4	95.1	86.2	**78.9**
From 24 to 36 months	95.9	96.9	93.6	81.4	88.0
From 18 to 29 months (*)	94.9	97.3	94.4	83.9	86.4
From 18 tp 36 months	95.3	97.1	94.0	82.8	87.1
CHILDREN WITH VACCINATION CARDS					
Total	**94.6**	**98.6**	**97.1**	**92.2**	**83.0**
From 6 to 11 months	96.9	**98.9**	**95.2**	**81.4**	
From 12 to 23 months	93.8	98.7	97.5	94.4	78.6
From 24 to 36 months	94.3	98.3	97.6	94.6	87.7
From 18 to 29 months	93.4	98.7	97.6	94.5	86.7
From 18 to 36 months	93.7	98.3	97.4	94.3	87.0
CHILDREN WITHOUT VACCINE CARDS					
Total	**97.6**	**95.2**	**88.8**	**64.3**	**85.1**
From 6 to 11 months	97.3	**97.5**	**88.0**	**58.4**	
From 12 to 23 months	96.9	94.5	89.6	67.9	79.6
From 24 to 36 months	98.1	95.1	88.4	63.6	88.5
From 18 to 29 months	97.3	95.2	89.2	66.3	85.9
From 18 to 36 months	97.6	95.3	88.9	65.3	87.3

(*) Age period comparable to MoH coverage. (**) Age period comparable to coverage according to ENDES.
Base: Total number of children 6-36 months (with and without vaccine card), with information from State of Vaccination (Section 3 of the survey)
Source: Homes Survey on infant vaccination coverage in eight regions of Peru

With the limitations imposed by the difference in methodology between the OGEI-MoH report and the survey by Cuanto S.A., we note that the following chart shows the possible slants with the coverage percentage denominator as reported by OGEI-MoH. In Ica, while the institutional coverage (OGEI-MoH) is more than 100% for Pentavalent and for MMR, according to the Cuanto S.A. survey, the coverage is 67.2% for Pentavalent and 83.5% for MMR. In contrast, in Huancavelica the institutional coverage (OGEI-MoH) is 64.6% in the case of Pentavalent, and 83.8% according to Cuanto S.A. These are evidence of an underestimation of the reference denominator for calculating institutional coverage in Ica and an overestimation in the case of Huancavelica.

Chart 3: Comparison of coverage of children under 2 years old, 8 regions 2010

	OGEI – MoH 2010 (*)					Instituto Cuanto – 2010				
	BCG	DPT/Pentavalent			MMR	BCG	DPT/Pentavalent			MMR
		1ª	2ª	3ª			1ª	2ª	3ª	
AMAZONAS	97.4	90.2	104.8	97.9	89.6	95.2	98.2	94.6	80.8	88.3
APURÍMAC	75.8	81.5	77.7	81.1	81.5	98.9	97.7	95.4	81.6	90.3
AYACUCHO	77.3	80.0	108.4	99.2	80.5	96.6	97.7	91.4	66.7	87.2
CUSCO	88.6	86.9	91.1	90.7	87.6	96.7	97.8	92.8	75.0	83.3
HUANCAVELICA	62.9	64.9	64.1	64.6	64.3	99.4	100.0	97.0	83.8	94.1
HUÁNUCO	82.0	84.2	83.9	83.4	83.9	96.1	99.0	94.6	75.5	88.3
ICA	116.6	111.3	115.0	111.3	111.4	96.0	98.3	91.4	67.2	83.5
PUNO	68.1	69.1	71.9	68.3	69.1	98.1	98.8	92.0	76.5	83.3

Also, the coverage results estimated by Cuanto S.A. (83.9% Pentavalent and 86.4%) are higher than those of ENDES (72.4% and 83.9%), both measured in the age group of 18-29 months. The comparative results for each of the eight prioritized regions are shown in the following chart.

Chart 4: Comparison of vaccination coverage in children 18-29 months old

		ENDES – INEI 2009						INSTITUTO CUANTO SA 2010					
		BCG	PENTAVALENT			MMR	No. of children (Denominator)	BCG	PENTAVALENT			MMR	No. of children (Denominator)
		%	1 %	2 %	3 %	%	N	%	1 %	2 %	3 %	%	N
Sex	Male	92.8	96.2	87.9	72.0	75.0	854	95.3	97.6	95.3	85.4	87.6	1.182
	Female	94.6	95.2	84.4	73.8	77.3	785	94.5	97.1	93.4	81.9	85.1	1.147
Área	Urban	95.4	95.6	87.3	73.5	75.6	1 092	95.8	97.4	93.7	82	85.4	1.165
	Rural	90.2	95.9	84.0	71.6	77.1	547	94	97.3	95	85.3	87.3	1.164
Department	Amazonas	93.4	97.4	88.5	77.9	78.4	31	94.8	96.6	92.9	88	88.3	325
	Apurímac	95.6	97.5	86.6	74.9	80.7	36	96.7	97.7	97.3	92	90.3	300
	Ayacucho	97.0	91.0	75.6	66.5	79.5	48	94.3	97	92.6	80.1	87.2	297
	Cuzco	92.8	100.0	82.7	78.0	75.9	71	95.1	97.7	93.5	79.7	83.3	306
	Huancavelica	96.2	95.5	90.0	82.5	82.6	42	97	97.4	96.7	91.4	94.1	303
	Huanuco	94.0	100.0	86.8	79.6	82.4	53	92.7	99	97	86.7	88.3	300
	Ica	96.7	92.8	85.4	72.3	74.4	42	96.4	98.5	94.9	81.1	83.5	334
	Puno	91.1	89.4	82.2	70.6	68.6	82	95	95.7	92.9	81.5	83.3	281
Mother's education level	No Indica							100	100	100	100	100	1
	Sin educación	85.1	93.0	81.3	68.5	65.1	57	92.4	95.1	93.2	84.8	83.3	117
	Primaria	91.0	94.6	83.4	70.6	74.4	476	94.4	97.6	94.8	84.3	86	826
	Secundaria	94.5	95.6	86.6	71.9	73.7	700	95	97.6	93.8	81.9	86.6	1.014
	Superior	96.5	97.6	89.5	77.9	83.7	406	96.3	96.9	95.3	86.6	87.4	371
TOTAL		93.7	95.7	86.2	72.9	76.1	1,639	94.9	97.3	94.4	83.6	86.4	2,329

a/ The global results are weighted. The regional results are those obtained in the survey.

The production of immunization services

The institutional coverage reported by the OGEI-MoH is defined as the number of children vaccinated in comparison with the total number of children programmed for vaccination. This definition of the denominator has certain limitations: it is partial (it measures coverage only of children who went to the facilities) and typically, the total number of children programmed for vaccination (denominator) does not necessarily reflect accurately the real population. Another factor that adds to the problem is that the denominator can be modified during the year. This means that it is impossible to know if the increase or decline in coverage is real or corresponds to changes in the denominator that is being measured. Another complication is the lag time between when the denominator is defined by the central level and when this information is updated in the regions, networks, micro-networks and health facilities. This was problematic in 2007, 2008 and 2009.

Given that it has been the Program's intent to monitor the facilities on a monthly basis, the production of immunization services (applied doses) was a better indicator as was the number of children lost to follow-up. Using an M&E Tool developed by the Program, we have developed a data base on the monthly production of immunization services based on official information from the regions, and the health facilities. A detailed analysis has been conducted on the variations in the number of persons vaccinated every month, according to age group, type of vaccine, level within the system (network, micro-network), size of assigned population, and type of facility (hospital, health centers, and posts) [5].

One positive result of the Immunization Threshold Program has been the increase in the production of immunization services in general, but particularly in the target group of the Program – children under two years of age. With this population the doses have increased from 5.1 million doses in 2008 to 7.5 million in 2009, and 8.3 million in 2010. It should be noted that these increases occurred while vaccination personnel were simultaneously implementing a more complete vaccination scheme within the development of the National Vaccination Campaigns for Hepatitis B in 2009 and AH1N1 in 2010. These initiatives necessarily competed for scarce resources with the regular vaccination programs.

[5] See corresponding analysis in the Technical Document "Analysis of Production and Coverage of Immunizations 2008-2010." Immunization Threshold Program. February 2011.

2. Subcomponents and Work Strategies

2.1. Sub-component 2.1. Ensure Immunization of Rural Children

A. Strengthening of the Itinerant Brigades and mobile supply of vaccines: purchase equipment, ensure timely training, strengthen inventory control of vaccines and equipment, and document availability and immunization services in targeted rural areas

1. Provided equipment for 151 mobile brigades with medical material and instruments, camping equipment and clothing, dental material and instruments, evaluation materials for monitoring growth of children, materials for the cold chain, palm-held computers (PDA) for recording data. This equipment has been registered in the Logistics-Storage module as a step prior to the registry in the SIGA-Asset Module, which is a new version of inventory control promoted by the MEF with the use of SIGA. Additionally, the regions are using the methods established by the Superintendency of National Property.

2. Trained 1,154 health workers (163 trained as regional trainers, 949 brigade members, and 205 health workers in networks and micro-networks). This training laid the groundwork for a Regional Training System to have a plan for annual training activities programmed into regular regional budgets. In some cases, training appeared in the SIGA Budget by Results (MEF), so that there is financing to provide continuous training of brigade members.

3. An estimate of the production by the AISPED mobile brigades between 2009 and 2010, based on the HIS registration. An estimate of operational costs of the AISPED mobile brigades through pre-designed workshops with the brigade members themselves. A cost-effectiveness study of the AISPED strategy. The AISPED strategy generates a cost of $6.06 for each YHL (Year of Healthy Life) (Exchange rate of $1=2.77 soles, source www.sunat.gob.pe January 31, 2011). This cost is considered very cost effective in comparison with other interventions that require public investment.

4. An inclusive health care model designed for rural, and dispersed populations. This model basically considers two structural facts (Peru's geography and dispersed populations) and the possibilities of institutional adjustment without the need for large investments. The model proposes that mobile brigade operations should be linked to the management of the network or micro-network that is responsible for the health care of the population in

the area of reference. As a result, the network programs the human and other resources it has in order to provide care through its fixed supply (health centers and health posts, including outreach work), and the care provided through mobile brigades. Additionally, the model proposes coordination with community agents, as key players who live permanently in the community. This model would ultimately help integrate the efforts of health centers and health posts with the mobile brigades, since complementary programming and work would be mandatory.

B. Implement a communication strategy to create and promote demand for immunization services.

At the start of the Program there were few and only partial formative studies that existed on the topic of immunizations. Little was known about the perceptions of the population on vaccines and the information materials available were not very specific nor available in indigenous languages. Similarly, the training materials for health workers were not uniform and inadequate in terms of behavior change strategies related to immunization.

With the formative study carried out by the Program there is now clear documentation on the attitudes, knowledge, and practices of the parents and families in the target population with regard to vaccines, including their importance in relation to the state of health of the children, beliefs that surround adverse reactions and the normal reactions of children, and the notion of immunization apart from understanding the necessary doses. Based on this formative study, radio and television spots have been produced, and material has been printed in a variety of formats, languages, and for different educational uses. These materials have been distributed and are in use in regions covered as well as regions not covered by the Program.

2.2. Sub-component 2.2. Strengthen Immunization Management and Logistics Systems

A. Strengthening the fixed supply: equipment, training, and strengthening inventory systems

1. Provided information technology for Health Centers (1,246 computers), the Decentralized Offices of the Comprehensive Health Insurance (45 computers) and a server for the SIS central level.
2. Installed tools to be used manually by health workers for practical Excel applications (example: Monitoring Graph of applied doses) to improve the follow-up of children, and

prepare plans to improve coverage at the health facilaity level using data analysis and feedback

3. Staff trained at facilities through the health system and execution of a Virtual Diploma in Immunization Management. The goal for the Virtual Diploma was 750 workers, and the participation of 786 workers was achieved.
4. Systems strengthened, principally the logistics of vaccines, through a diagnosis and the proposal of an Improvement Plan nationwide and in the regions. This is a unique post-introduction study of new vaccines and reveals the need to modernize the system in order to synchronize the information on vaccine requirements and the Cold Chain Map.
5. Technical and financial assistance provided to develop capacity to define the Regional Immunization Plans (RIM) in 17 regions, and prepare applications for budget programming based on costs that link the RIM to the SIGA Budget by Results of the Ministry of Economy and Finance. This is the public institutional tool and only channel available for the regions to have an adequate budget for operational expenses, that supports the application of a greater number and combination of vaccines on the calendar.
6. Strengthened inventory control process using the tools of the national public system. To do this, the Program coordinated the training actions with the MEF and MoH, holding an initial workshop with 20 SIGA system implementers (MEF workers in the regions) focused on the control of immunization inventories. This was followed with regional workshops in which training in the SIGA Asset Module System was provided to 471 health workers from the units responsible for the cold chain storage facilities. With regard to immunizations, this leads the public sector towards a public asset accounting system that permits savings due to regular conservation, maintenance and replacement of public assets.

2.3. Sub-component 2.3. Strengthen the immunization information system within the Ministry of Health at the central and decentralized levels

A. Strengthen the Immunization Information System

The strengthening of the information system was a significant and comprehensive intervention that involved the fixed health facilities as well as the mobile itinerant brigades.

The new Integrated Immunization Information System (SIII) should collect nominal information on the persons vaccinated in order to permit a follow-up. As a result, its implementation was designed as part of the Information System of the Comprehensive Health Service (SIS), since this is the only system in the health sector that incorporates the identification variables of the beneficiary. So that the SIS information system could collect the data of all the persons

vaccinated, and not only those covered by insurance, the SIII had to introduce minor modifications to the computer applications and to the formats, and has achieved the registration of insured and uninsured immunizations.

The implementation of the SIII included developing a computer application for hand-held computers (PDAs) that allows the registration of immunizations by the mobile health brigades and the transmission of that data to the SIS software. The Program trained four employees from each of the 17 regional health directorates that have mobile brigades, in the use of the 151 PDAs that were acquired for that purpose.

At the end of the Program, the SIII was functioning at 2,836 facilities and computer applications with the potential of nominal identification had been distributed nationwide. Additionally, 1,246 health centers and 45 Decentralized Offices of the SIS (ODSIS) were equipped with full computers, and a high gamma server was acquired for the SIS Central Office.

The implementation of the SIII fits into the logic of the information systems of the social programs and Universal Insurance policy as it supports the identification of the beneficiary through a national nominal information system. This is an indispensable requirement to achieve greater focus on the beneficiaries and a better management of the welfare programs.

Additionally, the Program has implemented the Geographic Information System geared to immunizations in 10 regions of the country.

At the end of the implementation of the Immunization Threshold Program, a proposal is in place for the Technical Health Regulations for Monitoring Immunization Activities, ready to be made official. This is a document that integrates the needs of monitoring coverage with the follow-up of definitive goals in the Budget by Results.

3. Background

3.1. The Peruvian Political, Institutional and Health Context During Program Implementation

Extended and updated immunization calendar

The immunization of children – using the basic vaccination scheme recommended by the World Health Organization (WHO)—is the public health activity that has proven to be of greatest cost benefit and cost effectiveness. Currently, new vaccines are available on the market that are safe and effective but, compared with the basic vaccination scheme, they are more costly. Incorporating them into the regular vaccination calendar, while certainly a positive step, would not guarantee improved effectiveness of the vaccine program as it would require additional resources, not currently available. The additional resources would be required not only for the vaccines, but there would be simultaneous needs for increases in personnel, storage capacity, and a vaccine distribution system to ensure that the vaccines are in perfect condition when they arrive at each of health facility. Peru currently has 16 different vaccines and 17 target population groups on the regular vaccination calendar and this more than challenges current capacity.

Chart 5: National Immunization Scheme 2010



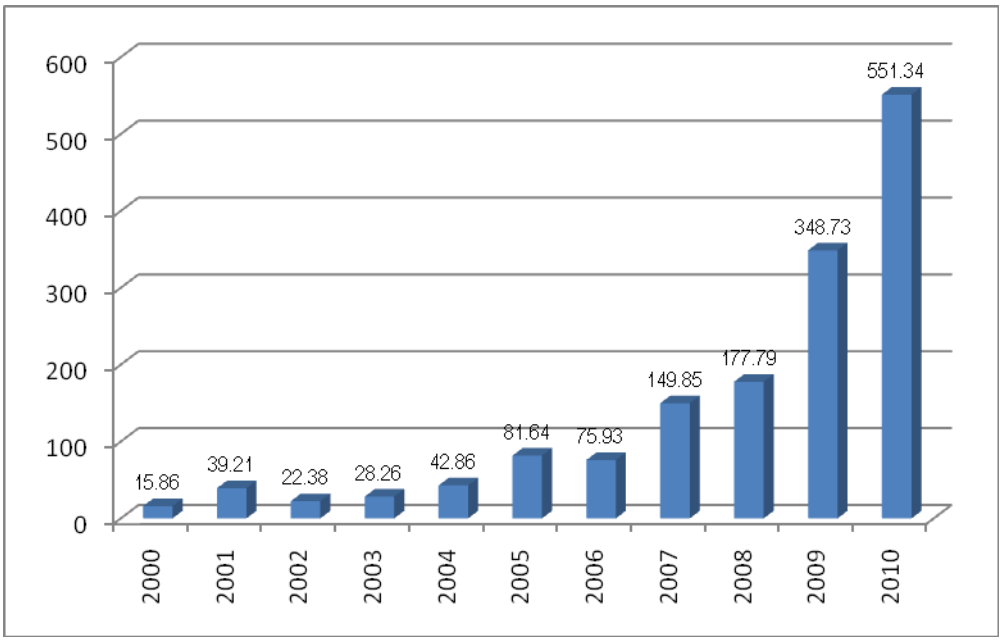
Diagnostic of the base line

Financial resources for immunization

The baseline diagnosis conducted by the Immunization Threshold Program at the beginning of its operations[6] showed evidence of the political priority given the subject of immunizations, which was reflected in terms of the public sector budget allocation. While there is a growth trend in the budget from 2000 to 2010, it is notable that the highest annual growth rate - 97% - is observed from 2006 to 2007, which coincides with the replacement of DPT vaccine with pentavalent vaccine (DPT + Hib + HBV). Similarly, the 2008-2009 annual growth rate is 90%, and the budget increased by 63% from 2009 to 2010.

Graph 2

Evolution of the Budget for Immunizations and Medicines for the 2000-2010 National Immunization Strategy
(millions of new current sols)



Source: Ministry of Health, ORE-ESNI (2000-2009); Ministry of Economy and Finance (2010)

Unlike previous years, in recent years, 2008-2010, which coincide with the implementation of the Immunization Threshold Program, the budget increase was sought, not only for the purchase

[6] Baseline survey conducted in health facilities, Administrative Units and structured interviews with key central-level personnel. Immunization Threshold Program 2009-2010.

of vaccines, but also for operational expenditures in the regions. This has been partially achieved, as seen below in the budgetary information.

At the regional level, however, the budgetary indicator for operational expenses did not necessarily reflect the same priority, according to the budget presented below, which is equivalent to 1.3 percent of the total cumulative budget for immunizations from 2006 to 2009. Additionally, according to the interviews with the representatives of the regional administrative units, there is some evidence of confusion about the functions delegated as part of the overall decentralization process, as well as about the specific operational requirements to meet the higher quantity and composition of vaccines[7] without significant increases in the budget for operating expenses, mainly, the hiring of more personnel and increases in storage capacity.

In budgetary terms, the administrative units did not show themselves to be sufficiently informed and less so, trained in order to program and require a budget to cover regular operating expenses, let alone the additional ones, in keeping with the increase of vaccines in the schedule, which was able to be corrected with intense support for Programming Budgeting for Results (SIGA BfR) activities. The following table shows the relationship between the budget for the purchase of inputs and biological materials for immunization and operating expenses since 2006. Note also that the last year 2009 has the highest percentage of the budget assigned to operating expenses.

Table 6: Budget for supplies, vaccines, goods and operating costs 2006-2009

Expenditure item	2006		2007		2008		2009		Accumulated 2006-2009	
	Million of soles	%	Million of soles	%	Million of soles	%	Million of soles	%	Million of soles	%
Regular vaccination strategy	0.8	*1.0%*	2.1	*1.1%*	0.8	*0.3%*	7.7	*2.1%*	11.4	*1.3%*
America´s Vaccination Week	1.7	*2.0%*	1.7	*0.9%*	1.7	*0.7%*	3.4	*0.9%*	8.5	*1.0%*
Campaign against Rubella (CRS)	5.9	*6.9%*	0.0	*0.0%*	0.0	*0.0%*	0.0	*0.0%*	6.0	*0.7%*
Campaign against Foot and Mouth Disease (FMD)	1.4	*1.7%*	3.9	*2.1%*	0.0	*0.0%*	0.0	*0.0%*	5.4	*0.6%*
Campaign Against Hepatitis B (HVB)	0.0	*0.0%*	5.8	*3.2%*	38.8	*16.9%*	2.5	*0.7%*	47.3	*5.4%*
Cold chain	0.0	*0.0%*	20.5	*11.1%*	12.5	*5.4%*	0.4	*0.1%*	33.6	*3.9%*
Itinerant brigades (AISPED)	0.0	*0.0%*	0.0	*0.0%*		*0.0%*	5.5	*1.5%*	5.5	*0.6%*
Sub-Total (operating cost))	9.9	*11.5%*	34.0	*18.5%*	53.7	*23.4%*	19.5	*5.3%*	117.6	*13.5%*
Vaccine (biological) and syringes	75.9	*88.5%*	149.8	*81.5%*	175.8	*76.6%*	348.7	*94.7%*	752.8	*86.5%*
TOTAL	85.8	*100.0%*	183.9	*100.0%*	229.5	*100.0%*	368.3	*100.0%*	870.4	*100.0%*

Source: Ministry of Health ORE-ESNI 2006-2009. Prepared by: Final Report of consulting "Documentation of the successful experience in obtaining additional public resources to finance immunization activities in Peru. " Carlos Meza Dextre. August 2010.

Situation in the Health Facilities

During the visit to the facilities, there was a certain amount of discomfort among the personnel due to the workload, the lack of motivation and lack of trust. In quantitative terms, the estimated

[7] Final Consulting Report, "Analysis of the logistical process of the vaccine in the different levels of the Health Sector". See Annex 4: Custodial Acts in the Central Vaccine Warehouse of lots programmed to be sent.

time per vaccination in the sample was less than 9 minutes. Considering 15 minutes as the acceptable time for care, and the fact that not all care for vaccination is in health facilities, it was evident that the personnel were experiencing, on average, a work overload. Moreover, in general they faced a demand for their services with negative media information about vaccination[8] and loss of trust due to the lack of formal training for the application of vaccines. In quantitative terms, during the year 2009, 60% of the personnel interviewed reported having received formal training (having participated in at least one workshop) for the application of the pentavalent vaccine (this percentage was 50% in 2008). It should be noted that the pentavalent vaccine was included in the calendar year 2007 (no questions were asked about formal training in the other new vaccines such as RV, influenza and pneumococcal).

Secondly, we verified the existence of having a limited availability of vaccines in the number, composition and time that was scheduled. This matter prevents, in practical terms, providing complete coverage of the immunization calendar. It is noteworthy that the survey reveals that not all the facilities offered all the vaccines. This is the great challenge for the consolidation of the new immunization schedule during the next few years. Of the nine vaccines tested (BCG, HVB, Polio, Pentavalent, MMR, Yellow Fever, Rotavirus, Influenza and Pneumococcal), in 2008 there were only three facilities (1.27%) that had all, while in 2009, there were 31 (13.08%.) At the other extreme, in 2008 there were four facilities that were not provided with vaccines, while in 2009 there were two. In 2008, the highest percentage of provision (21%) came from five vaccinations reported, while in 2009, the highest percentage of provision (23%) was eight vaccinations reported.

A critical additional issue is that vaccines are moved mainly due to the effort of the staff, in the absence of a Regional Cold Chain Map that was actually operating or a Vaccine Distribution System. In quantitative terms, while in 2009 43% of those responsible for immunization services in the facilities reported that the vaccines were transported in the public transportation service (minibuses) and 65% reported that they assumed the cost of the transport. This transfer was not necessarily from intermediate collection points (as it would be if the Cold Chain Map really operated), but mainly from the Regional Warehouse.

In the sample of facilities, in 2009 there were 25 facilities that were not provided with cold chain equipment (10%), while in 2008, there were 29 facilities (12%). The facilities that have no cold chain are health posts in rural areas that provide immunization services one or two days a month, for which vaccines are transported in thermal containers of the nearest facility or personnel from another facility arrive to administer the vaccination. The limiting factor for the provision of cold chain electrical equipment is the availability of electricity in rural areas. Electricity is not

[8] Since the suspension of the Yellow Fever Campaign in Ica (end of 2007), later answer by the Ministry of Health and the consequences of labor sanctions among the health personnel.

available in 25% of health posts, and 20% of facilities in rural areas (which reiterates the importance of defining a Cold Chain Map). The provision through of photovoltaic equipment to similar facilities report limitations, mainly due to technological management for equipment maintenance and the time period needed to renew the batteries and their availability in the local market. Facilities with gas equipment ration the number of days of vaccination according to the time period estimated for the duration of the gas bottle, as it is not only a matter of having cash to purchase it (which is necessary and now feasible to address with BfR), but also requires solving the logistical matter of moving.

In terms of the mobile service provision, it was found that the PSIA itinerant brigades do not necessarily vaccinate on a regular basis, but rather as a support action in the context of vaccination campaigns. Recovering this alternative of extending the coverage of healthcare services in general, and immunization in particular, in dispersed rural areas has taken much time and effort for the program, starting from the fact that in 2009, they only had a budget to operate 23 of the 145 brigades, which was the goal of training and equipment defined for the Immunization Threshold Program. It is noteworthy that thus far, it is extremely difficult to quantify the production of the itinerant brigades, which is a prerequisite for a unit cost estimate and an estimate of their cost-effectiveness.

Finally, with respect to the information system, the registration of the dose was verified in the HIS Sheet and consolidated daily registry called "Analytical of Immunizations." None of the above was able to provide a nominal identification of the children with paper records, manual processing, weak quality control, poor feedback among levels and limited reporting. In quantitative terms, the percentage of error between the daily journal and the consolidated was 29%. Alternatively, the facilities registered joint attention for immunization and CRED in the Comprehensive Health Care Insurance (SIS) Sheet, which has the capacity to identify users, electronic records and better possibilities for the control of the quality of the data.

3.2. Lack of Facilitating Factors

- Priority given to immunizations by the State.
- Context of implementation results-based budget
- Leadership of the ESNI coordinator for the attainment of additional resources.
- Opening and motivating assistants to receive technical assistance in the use of tools for monitoring and analysis of the doses given.

3.3. Limiting Factors

- Budget priority use given to the purchase of new vaccines, rather than the adequate financing of operational expenditures in the regions.
- Personnel partially trained for giving the pentavalent vaccine
- Time of personnel divided between the application of regular vaccines and the vaccines of National Campaigns
- Late installation of the cold storage rooms in the regions, a process that is still incomplete
- Logistical processes obsolete compared to the number and composition of modern vaccines
- Limited capacity for information analysis
- Absence of a vaccine distribution system
- Erratic support from MINSA authorities

4. Achievements of the Immunization Threshold Program

At a working meeting with representatives of MCC, USAID and the National Immunization Strategy (ESNI) of the Ministry of Health, the structure and content of the report results table was agreed upon, which was included as an annex to the quarterly reports. The matrix defined the purpose indicator (coverage, vaccine availability, accuracy and timeliness of the information system) and the milestones or intermediate results (mostly deliverables of the program).

It is noteworthy that the Ministry of Health, which is responsible for the purpose indicators (with support from the Program), but the intermediate results indicators are those that are under the responsibility of the program.

PERU THRESHOLD PROGRAM (ITP) - RESULT REPORTING TABLE (RRT) MCC-USAID-MoH

COMPONENT 2: INCREASE IMMUNIZATION RATES

ITP Sub-Component		Indicators						Milestones		
			Definition	Target	Baseline Jan-Dec 2008	Progress Jan-Dec 2009	Progress Jan-Dec 2010		Definition	Progress Jan 2009-Feb 2011
SC2.1	Ensure Immunization of rural children	1	DHS coverage of MMR and DPT3 in 8 Prioritized Regions (18-29 months)	95%	76.7% DPT3 80.1% MMR (8 regions, DHS 2008)	74.9% DPT3 76.9% MMR (8 regions, DHS 2009)	72.4% DPT3 83.9% MMR (National, 2010-I) ---------- 83.9% DPT3 86.4% MMR 8 Regions (Cuánto SA)	1. 2. 3. 4. 5. 6.	Number of IB equipped and trained. Number of IB funded Vaccine Formative Research Health care model for rural population CEA of IB	145 IB equipped 949 staff of IB trained 151 IB funded in 2011 17 regions with formative research done Proposal Model done Document done
SC 2.2	Strengthen immunization management and logistics systems	2	Regional storage with adequate vaccine supply	95%	67.09% (ITP survey)	81.62% (ITP survey)	96.68% (DIRESA official report)	1. 2. 3. 4. 5.	Baseline Diagnosis and annual evaluation as part of M&E Virtual Course on Immunization Bio-safety manual Guidelines to data entry (cold chain equipment) in SIGA software (Assets Module) Plan to improve logistics process of vaccines supply	Annual Evaluation done (5 ITP surveys) 340 participants Document approved by DIGESA Document to support national training in use of SIGA software Plan done for central and regional levels
SC 2.3	Strengthen the information system of immunization	4	Time for DIRESA and central level to receive information from health facilities	7 days	12.9 days (ITP survey)	8.1 days (ITP survey)	6.75 days (IIIS evaluation)	1. 2. 3.	Official resolution for Integrated Information Immunization System (IIIS) Training of IIIS IIIS implemented	Ministerial Resolution No. 614-2010/MINSA Health Directive No. 034-MINSA/DGSP-V.01 of IIIS. 31 IIIS workshops scaling 12 workshops to train IIS supervisors 34 supervisions done by trained supervisors
		5	Time for health centers to receive information from IBs	7 days	14.5 days (ITP survey)	6 days (ITP survey)	13.46 days (IIIS evaluation)			
		6	Registry errors in data reported to DIRESAs	15%	29.5% (ITP survey)	18.19% (ITP survey)	8.5% (IIIS evaluation)			

Report of Results

The indicators of the MCC Results Report Table have required:

1. Following-up on the National Demography and Health Survey (DHS continues).
2. Planning, implementing and analyzing the survey data of the program itself. This included the first baseline survey in January 2009 (in facilities and administrative units), the second for monitoring in August 2009 and the third, the annual evaluation in February 2010. These surveys had a questionnaire with sections on the strategy, the service itself, cold chain, supervision and training, being the most important components.
3. Following-up on official statistics at the DIRESA and the central levels through the review of the reports on OGEI coverage.
4. Implementation of the Comprehensive Immunization Information System (SIII) to measure the indicators of accuracy and timeliness of the information system within this new system.

Milestones are mainly related to the products of the program, which basically describe the specific contribution of the program. This has been described in Part II: Strategies and work Subcomponents of the Immunization Threshold Program.

Here are presented basically a broader analysis of the results of coverage according to the DHS in the table, the results of coverage of the survey commissioned to Instituto Cuanto S.A. and the institutional coverage results reported by OGEI-MINSA.

Finally, we present an analysis of the production of immunization services, a task that took an important part of the time of the program's M & E personnel in the regions and has permitted insight into the problems of health facilities and to provide monitoring tools, generate opportunities for evidence-based analysis in which we define plans for the improvement of the facilities to the next business meeting (usually monthly).

Monitoring and Evaluation (M&E) of the Immunization Coverage Services based on ENDES

Since the purpose of the Immunization Threshold Program has been to contribute to increased immunization coverage of children under two years of age, the purpose indicator was defined as the percentage of immunization coverage with the pentavalent and MMR vaccine reported by the National Demography and Health Survey (DHS continue) for children from 18 to 29 months of age. The baseline was defined as the weighted average of the eight priority regions and equivalent to 76.7% for Pentavalent 3 and 80.1% for MMR.

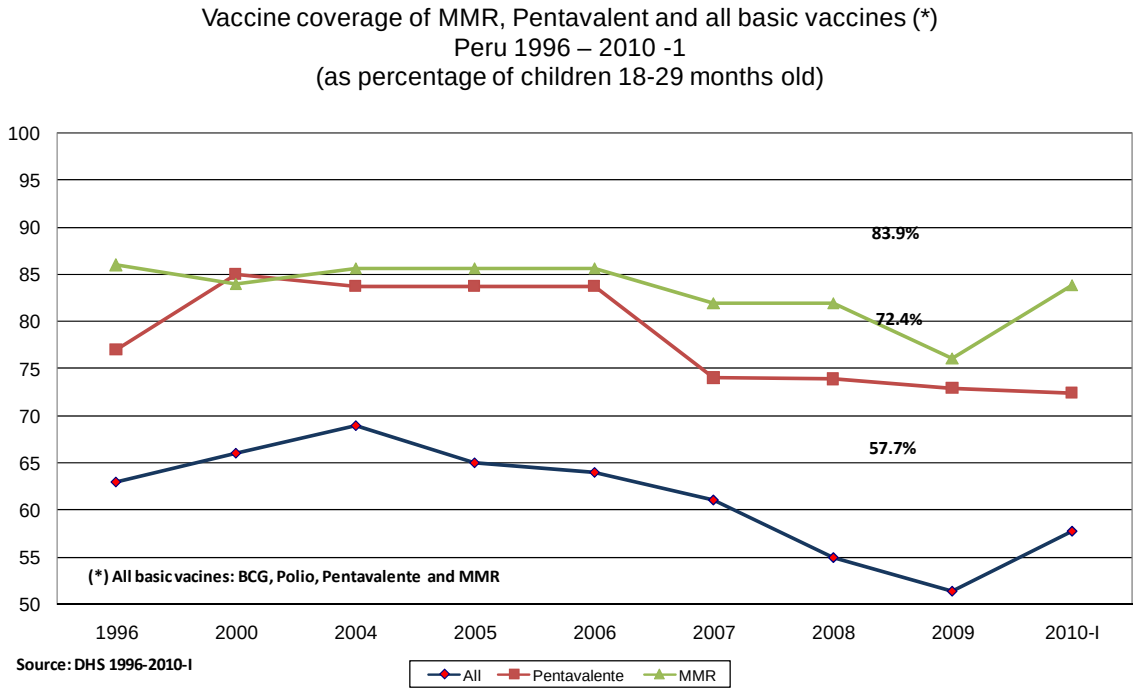
It is noteworthy that DHS coverage measures the number of children vaccinated (in this case, between 18 and 29 months old) with respect to the total number of children surveyed in the same age group in the households, and is expressed in percentages.[9] This indicator is not that normally published by the DHS with respect to immunization coverage for **"all"** the basic vaccines,[10] but for the purposes of the program, coverage information is used by type of vaccine, specifically, the coverage with Pentavalent and MMR.

According to the results for the eight priority regions, improvements in coverage can be seen only in the case of the MMR vaccine, from 80.1% in 2008 to 83.9% in 2010. These data do not seem to reflect well on the contribution of the program, however, one must consider that this result occurs in a context of several years of declining coverage and so, represent a reversal of national vaccination coverage for these two vaccines and **all** basic vaccines during the period of operation of the program and show a path of improvement that will be extended to the eight regions, which are those that have more structural (rural, dispersion, poverty) and functional constraints (little data analysis and limited supervision) than other regions.

One way to see the context of the previous results is to analyze the figure below, in which we can see the evolution of national immunization coverage for the third dose of Pentavalent. This coverage reached 83% until 2006 (date when only the DPT vaccine was used) and had a major fall in 2007 (which coincides with the replacement of the DPT with Pentavalent[11]). After that, coverage hovers around 73% until today. In the case of the MMR vaccine, it remained at 85% until 2006, and then fell until 2009. This trend changed in 2010, when it was 83.9%.

We can also see the evolution of the vaccination coverage of **all** the basic vaccinations, which is the indicator usually published by the DHS survey. The highest percentage occurs in 2004, with 69% (year in which the vaccination calendar included only these basic vaccines), and lowest in 2009, with 51.4% (year in which there is already an expanded schedule of nine vaccines for children). According to the 2010 DHS results (first semester), the trend in vaccination coverage of **all** basic vaccines has reverted significantly, going from 51.4% in 2009 to 57.7% in the first quarter of 2010 as shown in the following figure.

[9] The population coverage is measured regularly via a household survey, verifying the immunization Ids of the children and, absenting this, gathering the reports of their mothers.
[10] Coverage of all the basic immunizations means that the children are vaccinated with one dose of BCG, three doses of Polio, three doses of DPT/Pentavalent and one dose of SPR.
[11] Pentavalent vaccine includes DPT as well as Hib and HVB.



GRAPH 1

M&E OF THE INSTITUTIONAL IMMUNIZATION COVERAGE – OGEI-MINSA.

Another measure of coverage is that reported by the General Statistics and Informatics Office of the Ministry of Health and Regional Directorates. This coverage is defined as the children who are vaccinated divided by the total number of children scheduled to be vaccinated for each age group, and the pentavalent coverage is estimated for children less than 1 year of age, while that for MMR is for children 1 year old. For this reason, although both indicators (based on DHS and on OGEI) are called "immunization coverage," they are not strictly comparable.

Some features of this indicator of coverage are:

a. It corresponds to the group of children who went to healthcare facilities at some moment, that is, it is partial.
b. The number of children vaccinated (the numerator) may have registration problems. This is clearer in the vaccines that have more than one dose, in which has seen a greater number of doses three than doses two, and between this and the first dose.
a. The total number of children scheduled for vaccination or scheduled population (the denominator) does not necessarily reflect the actual population properly. On the one hand, some regions report vaccination rates greater than 100% and others have low coverage that are refuted by their own authorities, who point to the over-estimation of

their production. This problem of the assigned population is more inaccurate, while more geographical or functional separation has the coverage measurement, i.e., at the level of the district and / or micro-network or facility, and what is more serious,

d. It may be modified during the year, and so one does not get to know if the increase or decrease in coverage is real or corresponds to changes in the denominator of that being measured.

The implication of changes in the denominator is that there is a time lag between the population defined at the central level, and the real possibility of updating this data in the regions, networks, MR and facilities, which creates confusion at the operational levels. It happened in the years 2007, 2008 and 2009. Changes to the denominator of Pentavalent can be seen in the following table.

Chart 7: Population under 1 year of age, 2007-2010, by source 2007-2010

Year (*)	Under 1 Year of Age (denominator)	Source
2007a	460,934	First report MINSA March 2008
2007b	500,748	Technical report ESNI 12 26/Aug/2008
2007	544,935	Joint form JRF OPS_OMS/UNICEF
2008a	540,294	OEI until April 28, 2009
2008	500,672	Joint form JRF OPS_OMS/UNICEF (May 2009)
2009a	535,923	OEI Jan - Aug 09
2009b	593,088	Web MINSA consultation Nov 3, 2009
2009	596,227	Coverage report Sept 2009 (Nov.17, 2009)
2010	593,470	Coverage report Sept 2010 (Jan. 31, 2011)

(*) Note: The years marked in colors are preliminary figures used for the year to calculate the coverage and later be modified. The figures without color are the official figures.

IMMUNIZATION COVERAGE – SURVEY BY INSTITUTO CUANTO S.A.

Lastly, given that the program required more complete information on immunizations (broken down by different age, region and also to investigate changes in the perception of users), we asked the Instituto Cuanto S.A. to conduct a household survey to measure the coverage for each of the eight regions. This survey had a sample of 6,240 households (n = 6,240).

The survey results are presented in the chart below for BCG, Pentavalent vaccine and MMR, per age groups as requested in the survey.

Chart 8: Total immunization coverage, with and without identity card, 8 regions, 2010

	BCG	DPT / Pentavalent			MMR
	%	1	2	3	%
		%	%	%	
IMMUNIZATION INFORMATION					
Total	**95.7**	**97.4**	**94.1**	**82.2**	**83.8**
6 to 11 months (*)	97.0	98.5	93.3	75.4	
12 to 23 months (*)	94.8	97.4	95.1	86.2	78.9
24 to 36 months	95.9	96.9	93.6	81.4	88.0
18 to 29 months (*)	94.9	97.3	94.4	83.9	86.4
18 to 36 months	95.3	97.1	94.0	82.8	87.1
CHILDREN WITH IDENTITY CARD					
Total	**94.6**	**98.6**	**97.1**	**92.2**	**83.0**
6 to 11 months	96.9	98.9	95.2	81.4	
12 to 23 months	93.8	98.7	97.5	94.4	78.6
24 to 36 months	94.3	98.3	97.6	94.6	87.7
18 to 29 months	93.4	98.7	97.6	94.5	86.7
18 to 36 months	93.7	98.3	97.4	94.3	87.0
CHILDREN WITHOUT IDENTITY CARD					
Total	**97.6**	**95.2**	**88.8**	**64.3**	**85.1**
6 to 11 months	97.3	97.5	88.0	58.4	
12 to 23 months	96.9	94.5	89.6	67.9	79.6
24 to 36 months	98.1	95.1	88.4	63.6	88.5
18 to 29 months	97.3	95.2	89.2	66.3	85.9
18 to 36 months	97.6	95.3	88.9	65.3	87.3

(*) Age period comparable with MoH coverage. (**) Age period comparable with coverage according to DHS
Base: Total number of children aged 6 to 36 months (with and without identity card), with information on Immunization Status (Section 3 of survey)
Source: Household Survey on coverage of infant immunization in eight regions of Peru

In the case of the Pentavalent vaccine and the age group of 6 to11 months, the difference in coverage between dose 1 and dose 3 is much lower in the group with identity cards (98%, 97% and 92%) compared to the group without identity cards (95%, 89% and 64%), reducing total coverage. This could suggest an underestimation of Pentavalent coverage due to the mother's failure to remember. Note that the situation is reversed in the case of BCG, which is probably more easily identified. In the case of the MMR vaccine and the age group 12 to 23 months, the estimated coverage is 78.9%.

With the constraints of the difference in methodology between the OGEI-MoH report and the survey commissioned to Cuanto S.A., and only for comparative purposes as it considers the same age groups, the following chart shows the possible biases in the coverage indicator reported by OGEI-MoH. While the institutional coverage (OGEI-MoH) exceeds 100% for both Pentavalent and the MMR, according to the Cuanto S.A. survey, the

coverage is 67.2% for Pentavalent and 83.5% for MMR. In contrast, in Huancavelica, the institutional coverage (OGEI-MoH) is 64.6% in the case of Pentavalent, and 83.8% according to Cuanto S.A. This is proof of underestimation of the indicator used to calculate institutional coverage in Ica and overestimation in the case of Huancavelica.

Chart 9: Comparative coverage of children under 2 years of age according to data source. 8 regions 2010

	OGEI – MoH 2010 (*)					Instituto Cuanto – 2010				
	BCG	DPT/Pentavalent			MMR	BCG	DPT/Pentavalent			MMR
		1ª	2ª	3ª			1ª	2ª	3ª	
AMAZONAS	97.4	90.2	104.8	97.9	89.6	95.2	98.2	94.6	80.8	88.3
APURÍMAC	75.8	81.5	77.7	81.1	81.5	98.9	97.7	95.4	81.6	90.3
AYACUCHO	77.3	80.0	108.4	99.2	80.5	96.6	97.7	91.4	66.7	87.2
CUSCO	88.6	86.9	91.1	90.7	87.6	96.7	97.8	92.8	75.0	83.3
HUANCAVELICA	62.9	64.9	64.1	64.6	64.3	99.4	100.0	97.0	83.8	94.1
HUÁNUCO	82.0	84.2	83.9	83.4	83.9	96.1	99.0	94.6	75.5	88.3
ICA	116.6	111.3	115.0	111.3	111.4	96.0	98.3	91.4	67.2	83.5
PUNO	68.1	69.1	71.9	68.3	69.1	98.1	98.8	92.0	76.5	83.3

On the other hand, the next chart 10 show the coverage estimated by DHS survey with Cuanto S.A. survey. The coverage estimated by Cuanto S.A. (83.9% Pentavalent and 86.4% MMR) is higher than DHS (72.4% and 83.9%), both measured in the age group 18 to 29 months.

This comparison has the following limitations:

1. DHS 2010 no has information available by region yet to compare with Cuanto SA survey result in the same year. So the coverage at regional level with DHS is for year 2009 but the Cuanto S.A. survey was conducted during the first half of 2010.
2. Although both are household surveys and maintain methodological similarity (cluster survey), in DHS the measurement of immunization coverage is a section of the questionnaire, while in the Cuanto S.A. survey this is the main purpose together with aspects of card use, knowledge, skills and practices of mothers or caregivers regarding the immunization and the perception of services. This is a natural consequence given that the DHS sample size is much smaller than in the Cuanto SA survey and regional weighting factors are also different.

Recognizing the constraints, in the coverage results differentiated by sex DHS shows that the coverage of girls is slightly higher than the coverage of boys, but the Cuanto S.A. survey shows the coverage of boys to be higher.

The results of coverage differentiated by area of residence show, according to the Cuanto S.A. survey, that the coverage is slightly higher in rural areas as compared with urban areas. In the case of Penta3, the coverage is 82% in urban areas and 85% in rural areas. Similarly, MMR coverage is 85% in urban areas and 87% in rural areas. It is worth noting that this coverage measurement according to urban and rural areas is the only data available for the eight regions, since this result in DHS is at national level (not only for eight regions) and OGEI-MoH report coverage in general. (OGEI-MoH does not report coverage by areas, rural or urban).

Both surveys show that the immunization coverage is greater the higher the mother's level of education.

Lastly, the global coverage results for the eight regions estimated by Instituto Cuanto S.A. (83.9% Pentavalent and 86.4% MMR) are higher than the DHS estimates (72.4% and 83.9%), both in the age group of 18 to 29 months.

Chart 10. Comparison of immunization coverage of children 18 to 29 months of age

		ENDES - INEI. 2009								Household survey on child immunization coverage in eight region of Peru. 2010 a/							
		BCG	PENTAVALENT			MMR	All vaccines 1/	No vaccine	No. of childr en (Indic ator)	BCG	PENTAVALENT			MMR	All vaccines	No vaccine	No. of child en (Indi ator
		%	1 %	2 %	3 %	%	%	%	N	%	1 %	2 %	3 %	%	%	%	N
Sex	Male	92.8	96.2	87.9	72.0	75.0	50.9	1.5	854	95.3	97.6	95.3	85.4	87.6	73.9	0.4	1.18
	Female	94.6	95.2	84.4	73.8	77.3	52.0	0.9	785	94.5	97.1	93.4	81.9	85.1	69.8	0.5	1.14
Área	Urban	95.4	95.6	87.3	73.5	75.6	53.2	1.0	1 092	95.8	97.4	93.7	82	85.4	70.5	0.3	1.16
	Rural	90.2	95.9	84.0	71.6	77.1	47.9	1.6	547	94	97.3	95	85.3	87.3	73.2	0.6	1.16
Depart ment	Amazonas	93.4	97.4	88.5	77.9	78.4	59.2	1.6	31	94.8	96.6	92.9	88	88.3	77.2	0.9	325
	Apurímac	95.6	97.5	86.6	74.9	80.7	54.6	1.2	36	96.7	97.7	97.3	92	90.3	82	0.3	300
	Ayacucho	97.0	91.0	75.6	66.5	79.5	52.7	1.9	48	94.3	97	92.6	80.1	87.2	70.7	0.7	297
	Cuzco	92.8	100.0	82.7	78.0	75.9	46.3	0.0	71	95.1	97.7	93.5	79.7	83.3	64.1		306
	Huancavelica	96.2	95.5	90.0	82.5	82.6	69.6	2.0	42	97	97.4	96.7	91.4	94.1	85.8	0.7	303
	Huanuco	94.0	100.0	86.8	79.6	82.4	64.6	0.0	53	92.7	99	97	86.7	88.3	72.7		300
	Ica	96.7	92.8	85.4	72.3	74.4	55.7	1.8	42	96.4	98.5	94.9	81.1	83.5	69.8	0.3	334
	Puno	91.1	89.4	82.2	70.6	68.6	49.4	3.0	82	95	95.7	92.9	81.5	83.3	70.1	0.7	281
Mother' s educati n level	No response									100	100	100	100	100	100		1
	No education	85.1	93.0	81.3	68.5	65.1	54.6	5.9	57	92.4	95.1	93.2	84.8	83.3	69		117
	Elementary	91.0	94.6	83.4	70.6	74.4	47.7	1.4	476	94.4	97.6	94.8	84.3	86	72.2	0.5	826
	High-school	94.5	95.6	86.6	71.9	73.7	50.7	1.2	700	95	97.6	93.8	81.9	86.6	70.4	0.5	1.01
	Higher	96.5	97.6	89.5	77.9	83.7	56.6	0.3	406	96.3	96.9	95.3	86.6	87.4	75.9	0.4	371
OTAL		**93.7**	**95.7**	**86.2**	**72.9**	**76.1**	**51.4**	**1.2**	**1,639**	**94.9**	**97.3**	**94.4**	**83.6**	**86.4**	**71.9**	**0.4**	**2,32**

a/ The global results are weighted. The regional results were obtained through the survey.
1/ BCG, measles and the three DPT doses, and polio

M&E OF IMMUNIZATION SERVICES

The Program chose to mainly monitor the immunization services' production or number of doses given at each facility on a monthly basis, in order to evaluate the desertion rate, as indicators closest to the performance of the health personnel giving the vaccines.

A data base of monthly production services has been collected, based on the official information from the regions and from each facility, using the Program's M&E Tool. A detailed analysis has been conducted, using these data bases, on the variations in the number of children vaccinated per month, according to age group, type of vaccine, level of operational aggregate (network, micro-network), size of the assigned population and type of facility (hospital, health centers and posts).[12]

One of the results of the Immunization Threshold Program has been the increase in the production of immunization services in general, but particularly in the program's target group, children under two years of age. The doses have increased from 5.1 million doses in 2008 to 7.5 million doses in 2009 and to 8.3 million in 2010. It is worth noting that the efforts of immunization personnel has been important, establishing a more complete vaccination calendar in the middle of the National Immunization Campaigns for Hepatitis B in 2009 and AH1N1 in 2010, which have competed for time with the regular vaccination campaign.

Highlights of the production analysis are indicated below, and there is a document that specifically develops this topic by scope (national, regional, facilities), age group (all ages, under two years old), and type of vaccine (all vaccines on the calendar, Pentavalent and MMR in particular).

National production of doses, all age groups, and all vaccines (except AH1N1)

The production of doses has increased from 7.1 million in 2008 to 13.5 million in 2009, and 13.0 million in 2010. These figures do not include the doses given as part of the National Immunization Campaign against the Influenza pandemic (AH1N1), which used a different registration system and the data was not available at the central level (access to information on the 17 regions was only possible at the regional level, which is detailed later in this report).

[12] See the corresponding analysis in the technical document "Analysis of Immunization Production and Coverage 2008-2010." Immunization Threshold Program. February 2011.

Chart 11: National Production of the Immunization Strategy (all doses, all vaccines and all population groups, except AH1N1)

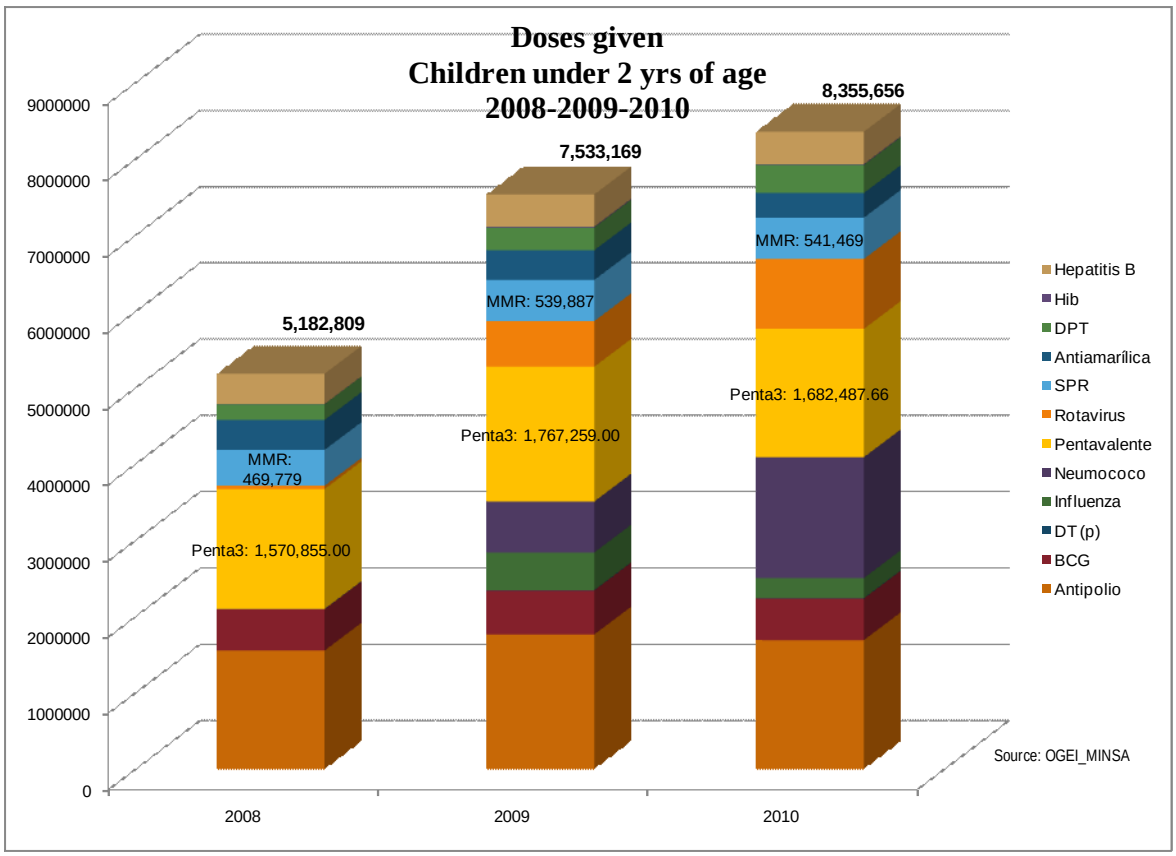
Vaccines	2008	2009	2010*	Var 2010-2008
Yellow Fever	428,099	474,147	413,792	-0.03
Polio	1,592,786	1,785,005	1,713,297	0.08
BCG	540,897	578,515	545,668	0.01
DPT	243,243	502,309	603,013	1.48
DT (p)	5,998	5,607	9,819	0.64
DT Adult	1,491,173	3,068,315	691,729	-0.54
Hepatitis B	529,171	997,050	3,014,112	4.70
Hib	2,337	23,614	18,681	6.99
Influenza		2,165,827	733,941	
Pneumococcus	4,253	668,772	1,781,935	417.98
Pentavalent	1,617,705	1,783,113	1,705,913	0.05
Rotavirus	43,901	597,200	916,131	19.87
MMR	612,270	844,313	852,551	0.39
General Total	7,111,833	13,493,786	13,000,582	0.83

(*) The doses for 2010 were projected based on Jan-Sept 2010 information, dividing the total Jan-Sept doses by 9 and multiplying by 12.

National production of doses, only for children under two years of age, all vaccines

In the group of children under two years of age, the Immunization Threshold Program has contributed to the increase in the doses given by 61%, from 5.1 million doses in 2008 to 8.3 million in 2010 (projection based on Jan-Sept 2010 data).

The following graph shows the composition by year, type of vaccines given, and absolute values. In the case of the Pentavalent vaccine there is an increase of 7%, while the MMR vaccine shows a 17% increase.



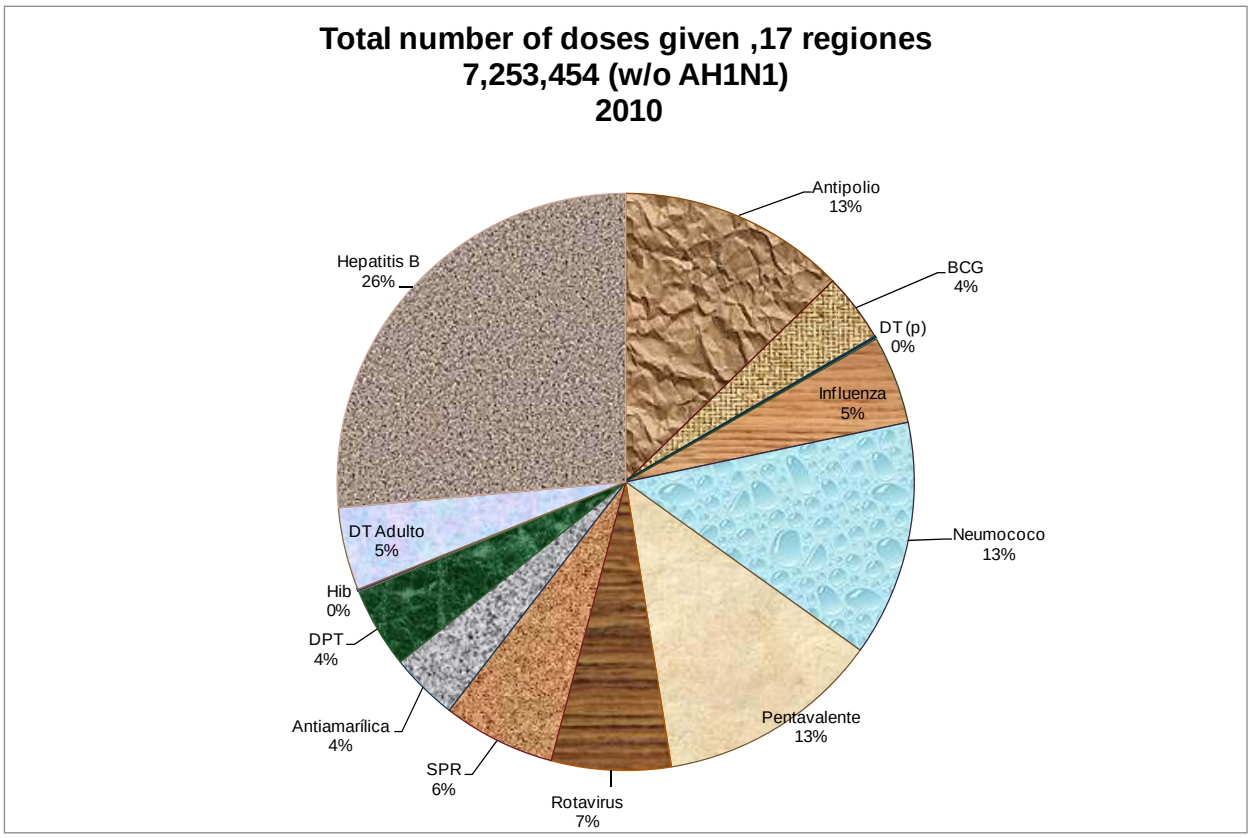
Note: Antiamarílica=Yellow Fever; SPR=MMR, Antipolio=Polio.

GRAPH 3

Production of doses in the 17 Regions, all groups and all vaccines (with and w/o AH1 N1)

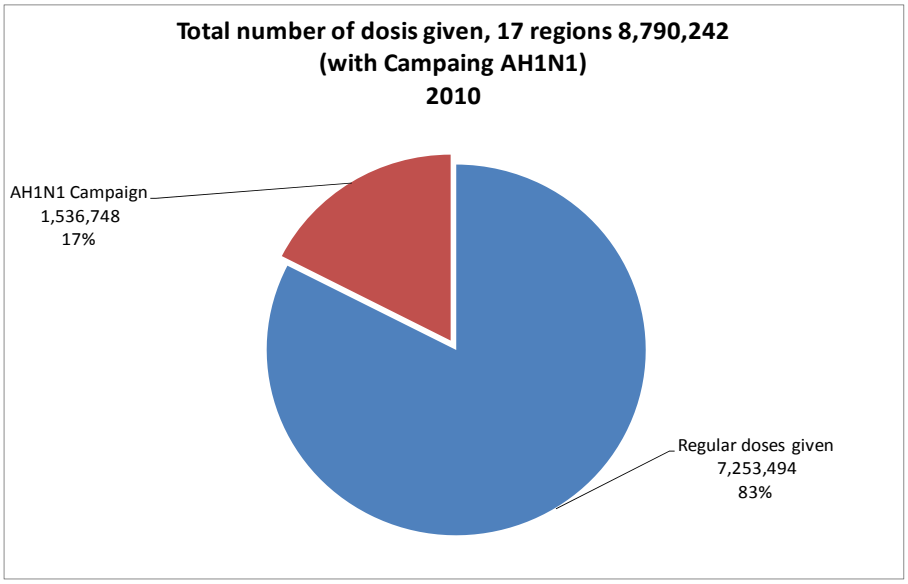
The results are similar throughout the scope of the Immunization Threshold Program –the doses given for every type of vaccine and every population group registered in the regular Ministry of Health statistics increased by 97% from 3.7 million doses in 2008 to 7.3 million in 2010 (projection based on the January-September 2010 data). It should be noted that this estimate does not include doses given in the AH1N1 Campaign, which was recorded in a different ad hoc statistics system.

One important factor to take into consideration is the AH1N1 doses given in 2010, which took up a considerable amount of the Immunization personnel's time, nationwide. A total of 1,536,708 AH1N1 doses were given in the 17 regions, bringing the number of doses given in the 17 regions to 8,790,202.



Graph 4

The following graphs show the percentile distribution of the earlier vaccines, with and without the AH1N1, which was 17% of the total doses given.



Graph 5

Production of doses in the 17 Regions, for children under 2 years of age, and all vaccines

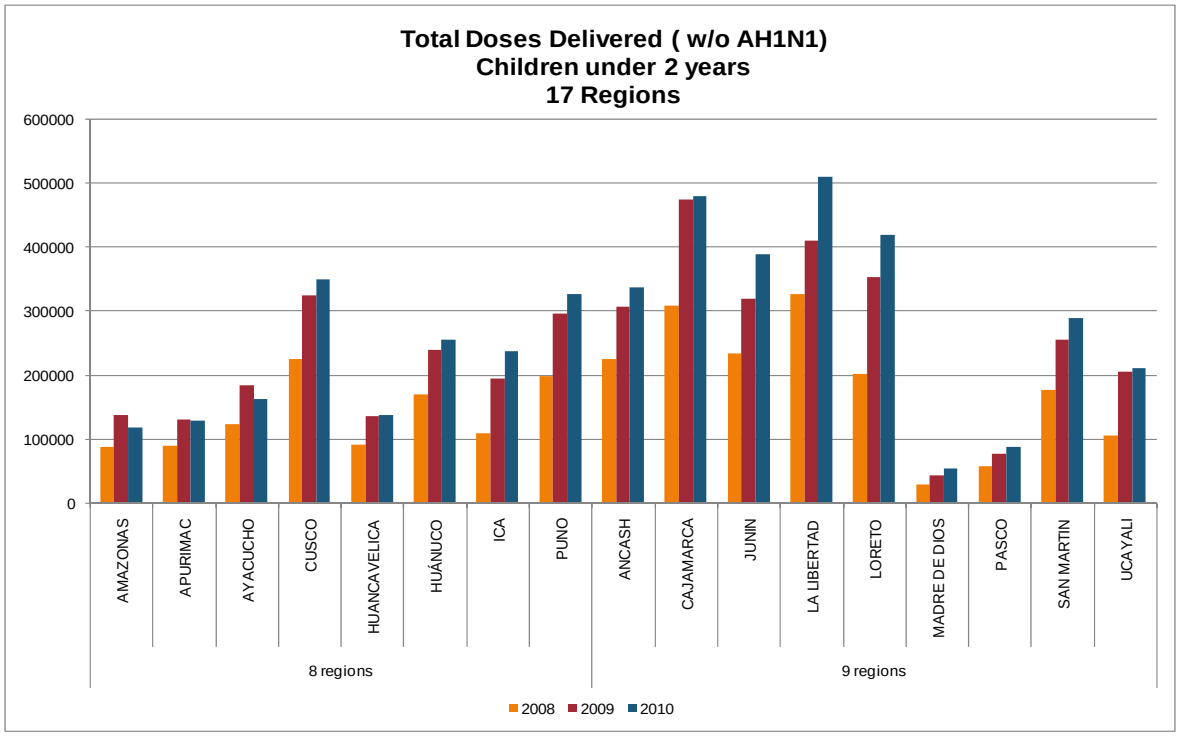
The Threshold Program's main objective was to improve the Pentavalent coverage in children under one year old, as well as the MMR coverage for one-year-old children. We therefore consider it important to analyze the results in the three years for children under two years old in the 17 regions.

Chart 12: Production of doses of all vaccines for children under 2 yrs of age 17 Regions

Vaccines	2008	2009	2010	Variation 2008-2010
Malaria	215210	217266	205361	-0.05
Polio	822506	945946	909045	0.11
BCG	269819	296592	284028	0.05
DPT	127238	161777	190340	0.50
DT (p)	855	1974	2216	1.59
Hepatitis B	198825	233623	239929	0.21
Hib	744	7899	8075	9.85
Influenza		248987	138147	
Pneumococcus	650	353028	829521	1,275.19
Pentavalent	829317	945951	895028	0.08
Rotavirus	35473	371812	485272	12.68
MMR	253618	291884	292329	0.15
General total	2754255	4076738	4479292	0.63

The following graph shows the variation in the total number of doses given (not including AH1N1) in the 17 regions for children under 2 years of age.

GRAPH 6



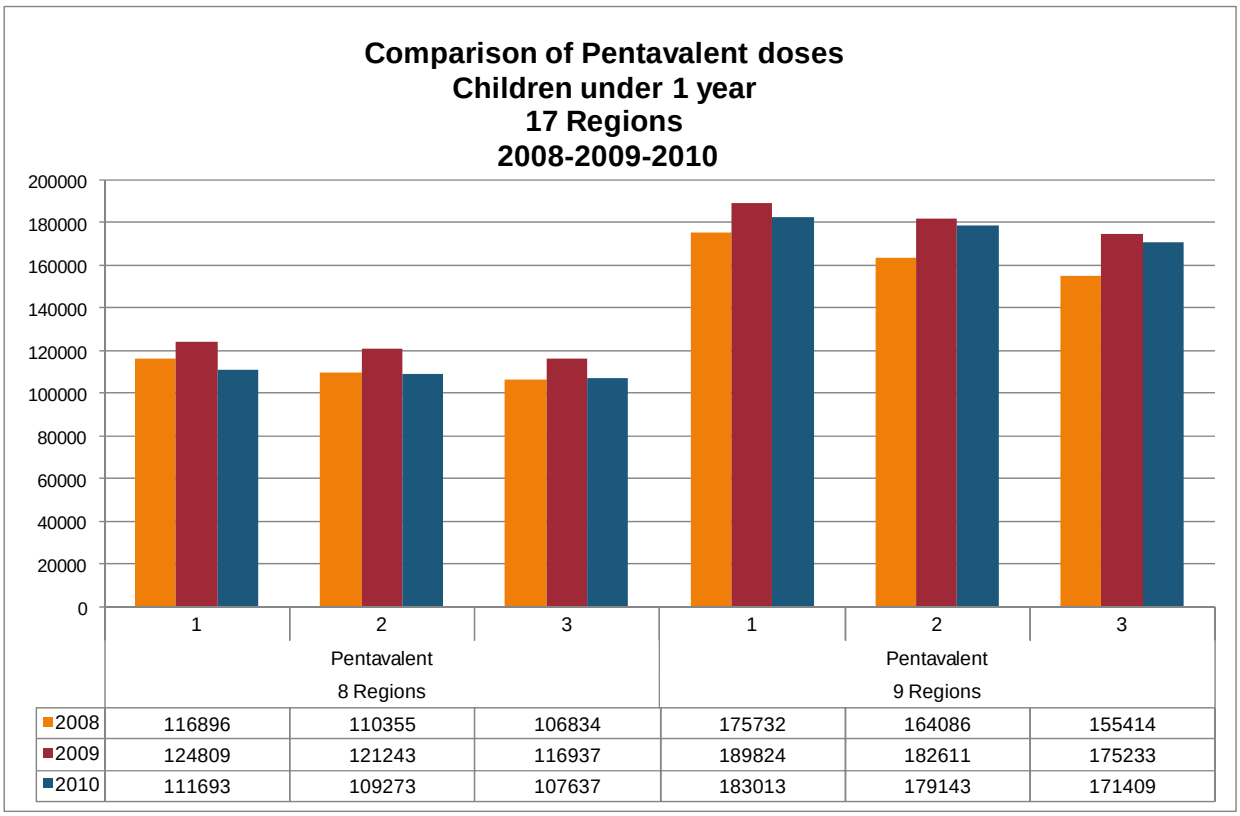
In all cases, the number of doses increased between 2008 and 2009, but the increase between 2009 and 2010 was less than expected, and decreased in Amazonas, Ayacucho and Apurimac. The regions with the greatest percentile increase were Madre de Dios, La Libertad and Ica. The increase between 2009 and 2010 was 9%. The absolute values are shown in Chart 13.

Chart 13 Production of doses per region, all vaccines in children under 2 yrs of age, except AH1N1, in 17 Regions

GROUP	REGION	2008	2009	2010	Difference 2009-2010	% Variation 2009-2010
8 Regions	AMAZONAS	87320	136690	117648	-19042	-16.19
	APURIMAC	88920	130307	128180	-2127	-1.66
	AYACUCHO	122786	183066	161335	-21731	-13.47
	CUSCO	224446	324779	349484	24705	7.07
	HUANCAVELICA	90525	135505	137223	1718	1.25
	HUÁNUCO	169777	238746	255068	16322	6.40
	ICA	109188	193408	236560	43152	18.24
	PUNO	197632	295333	325415	30082	9.24
Total 8 Regions		1090594	1637834	1710912	73078	4.27
9 Regions	ANCASH	225126	305420	336401	30981	9.21
	CAJAMARCA	308840	473433	478053	4620	0.97
	JUNIN	233733	319195	387283	68088	17.58
	LA LIBERTAD	326386	410308	508596	98288	19.33
	LORETO	201687	351718	417963	66245	15.85
	MADRE DE DIOS	28781	42846	53448	10602	19.84
	PASCO	56710	76638	86975	10337	11.88
	SAN MARTIN	176907	255245	289314	34069	11.78
	UCAYALI	105491	204101	210347	6245	2.97
Total 9 Regions		1663661	2438904	2768380	329475	11.90
Total 17 Regions		2754255	4076738	4479292	402553	8.99

Analysis of the doses given of Pentavalent by regions (Children under 1 year of age)

At this time, our analysis shows a significant improvement in the volume of doses given between 2008 and 2010, both nationwide and within the scope of the Threshold project. The focus on children under 2 years of age also shows an improvement, although this was less between 2009 and 2010 (not including the exceptions mentioned earlier). Keeping this in mind, we look at what occurred with the Pentavalent vaccine for children under one year old.



2008	116896	110355	106834	175732	164086	155414
2009	124809	121243	116937	189824	182611	175233
2010	111693	109273	107637	183013	179143	171409

Graph 7

The graph above shows that in both the eight prioritized regions in the Immunization Threshold Program and the nine non-prioritized regions, the number of doses increased in each of the three doses given in 2008 and 2009. The rate of increase in 2009 was not sustained in 2010 but, in general, the doses in 2010 were more than in 2008.

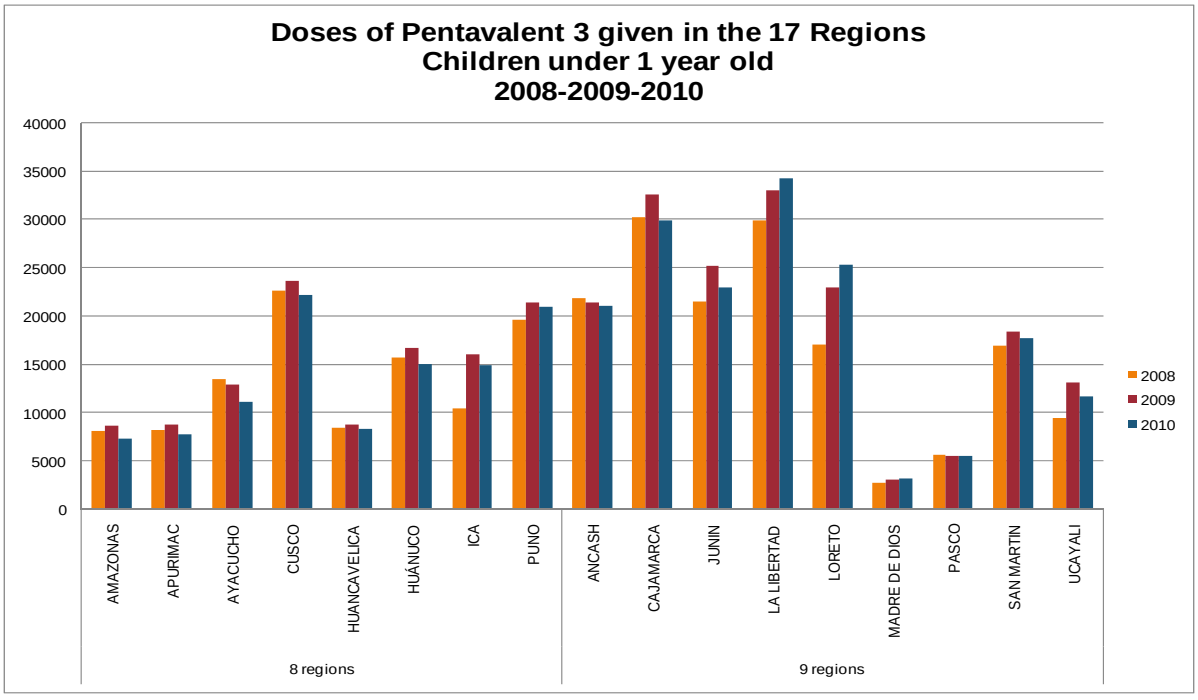
In 2010, more doses were given in the eight prioritized regions than in 2008, while in the nine non-prioritized regions, there is a slight drop in comparison with 2009 but still a significant increase over 2008.

Chart 14 shows the variations per region. The number of third Pentavalent doses given between 2008 and 2009 increased in most of the 17 regions (except Ayacucho, Ancash and Pasco). Between 2009 and 2010, however, this value increased in La Libertad, Loreto and Madre de Dios but was less in the remaining regions. In the accumulated results of the two years, the balance was positive in Ica, Puno, Junin, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, San Martin and Ucayali. In the eight regions, the doses increased by 803 while in the nine regions, the increase was 15,995.

Chart 14: Doses of Pentavalent 3 given to children under 1 year old - 17 REGIONS

GROUP	REGION	2008	2009	2010	Variation 2008-2009	Variation 2008-2010
8 Regions	AMAZONAS	8172	8671	7380	499	-792
	APURIMAC	8280	8771	7769	491	-511
	AYACUCHO	13494	12957	11160	-537	-2334
	CUSCO	22609	23623	22132	1014	-477
	HUANCAVELICA	8520	8787	8345	267	-175
	HUÁNUCO	15682	16714	14997	1032	-685
	ICA	10483	16015	14937	5532	4454
	PUNO	19594	21399	20916	1805	1322
Total 8 Regions		106834	116937	107637	10103	803
9 Regions	ANCASH	21796	21445	21012	-351	-784
	CAJAMARCA	30214	32497	29839	2283	-375
	JUNIN	21514	25128	22960	3614	1446
	LA LIBERTAD	29905	32946	34160	3041	4255
	LORETO	17091	22985	25260	5894	8169
	MADRE DE DIOS	2731	3096	3256	365	525
	PASCO	5674	5593	5543	-81	-131
	SAN MARTIN	16972	18349	17736	1377	764
	UCAYALI	9517	13194	11644	3677	2127
Total 9 Regions		155414	175233	171409	19819	15995
Total 17 Regions		262248	292170	279046	29922	16798

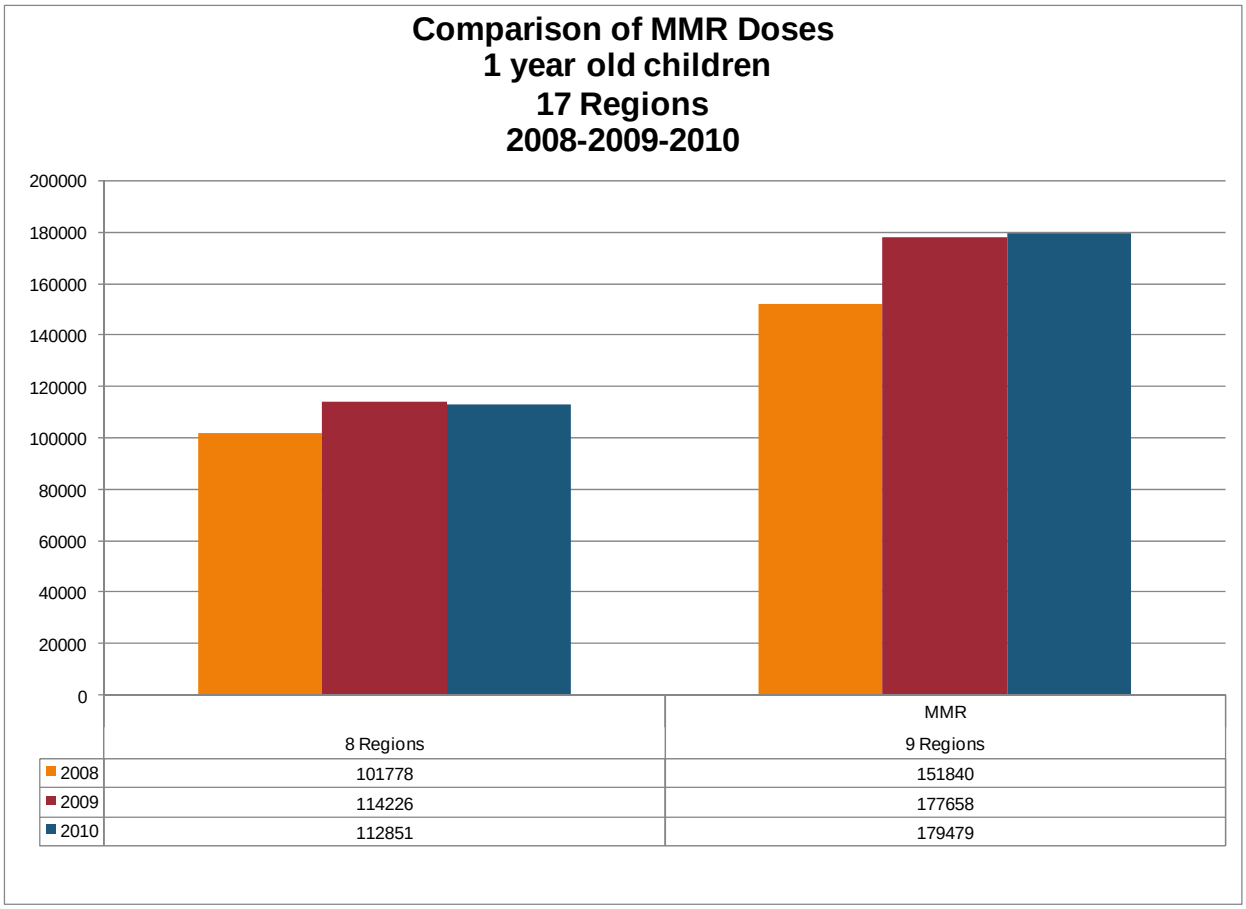
The following graph illustrates the values in the chart above.



Graph 8

Analysis of the MMR vaccine by region (1 year old children)

The following graph shows that the number of MMR doses given increased in both the eight regions and the nine non-prioritized regions between 2008 and 2009. In 2010, the results are greater than 2008 in the 17 regions, but in the eight-region group there is a slight drop. Chart 11 shows the absolute values achieved in each of the 17 regions.



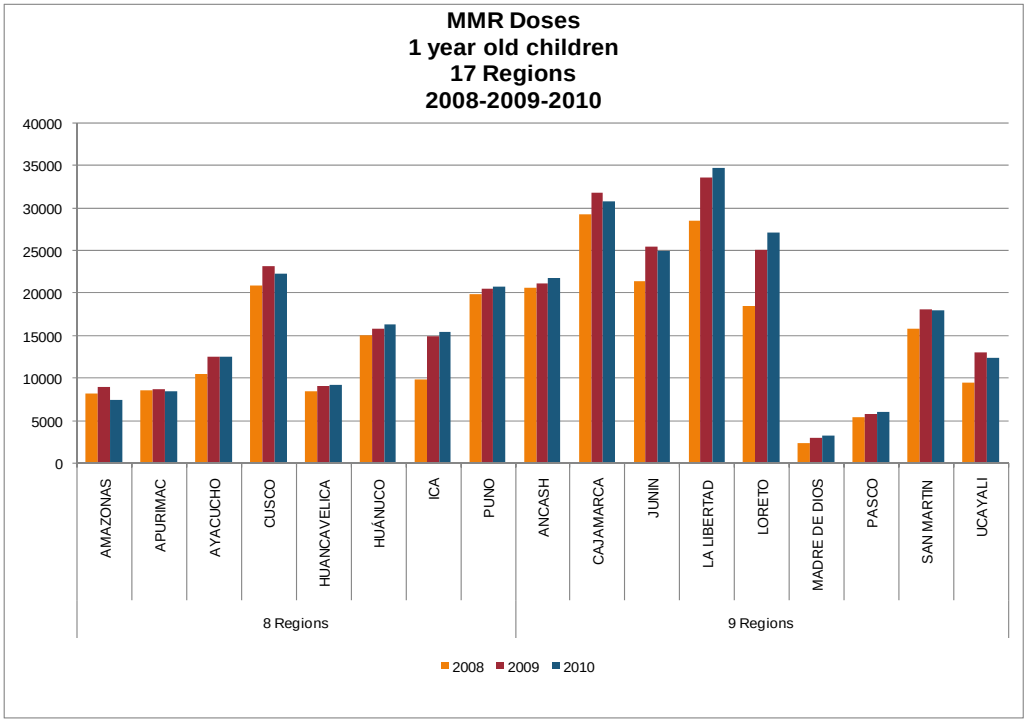
Graph 9

In 2009, all regions increased the number of MMR doses given to one-year-old children. Between 2009 and 2010, nine of the 17 regions showed an additional increase: Huancavelica, Huánuco, Ica, Puno, Ancash, La Libertad, Loreto, Madre de Dios and Pasco. In the accumulated results over the two years, the result was also positive for Ayacucho, Cusco, Cajamarca, Junin, San Martin and Ucayali. The increase in the eight regions was 11,073 doses, while in the nine regions it was 27,639, giving a total increase in the 17 regions over the two years of 38,711 doses.

Chart 14: MMR doses given to 1-year-old children - 17 Regions

GROUP	REGION	2008	2009	2010	Variation 2008-2009	Variation 2008-2010
8 Regions	AMAZONAS	8246	8965	7541	719	-705
	APURIMAC	8631	8818	8547	187	-84
	AYACUCHO	10511	12546	12540	2035	2029
	CUSCO	20988	23242	22357	2254	1369
	HUANCAVELICA	8537	9170	9315	633	778
	HUÁNUCO	15054	15923	16321	869	1267
	ICA	9930	14937	15429	5007	5499
	PUNO	19881	20625	20800	744	919
Total 8 Regions		101778	114226	112851	12448	11073
9 Regions	ANCASH	20694	21267	21904	573	1210
	CAJAMARCA	29347	31922	30920	2575	1573
	JUNIN	21482	25472	24984	3990	3502
	LA LIBERTAD	28617	33703	34739	5086	6122
	LORETO	18483	25145	27207	6662	8724
	MADRE DE DIOS	2442	3016	3300	574	858
	PASCO	5425	5850	6037	425	612
	SAN MARTIN	15864	18210	17976	2346	2112
	UCAYALI	9486	13073	12412	3587	2926
Total 9 Regions		151840	177658	179479	25818	27639
General Total		253618	291884	292329	38266	38711

The following graph illustrates the values in the above chart.



Graph 10

M&E OF THE PENTAVALENT VACCINE

During 2009 and 2010, those responsible in the regions for the Threshold Program's M&E followed up a number of the doses given by using the following instruments on a monthly basis, with data from the facilities in the General Office of Statistics and Information (OGEI) at regional level.

Durante los años 2009 y 2010, los responsables de M&E del Programa Umbral en las regiones, hicieron un seguimiento del número de dosis aplicadas a través de los siguientes instrumentos, remitidos mensualmente, con información de la OEI regional a nivel del establecimiento:

- Accumulated Monthly Coverage DPT, in which the Pentavalent doses per year for each facility were registered and accumulated
- Accumulated Monthly Coverage MMR, in which the MMR doses per year for each facility were registered and accumulated
- Monthly Coverage in which information and advocacies of the month were reported by each facility.

In the eight-region group, six regions (Ayacucho, Apurímac, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno) were able to consolidate the information for each facility over the two-year period, with which the Consolidated January 2009-December 2010 file was drawn up. Although in Amazonas and Ica the information from each facility was available for 2010, the information during 2009 was registered at district level and therefore it was not possible to draw up the consolidated data.

The nine-region group – Ancash, Cajamarca, Junín, La Libertad, Madre de Dios, San Martín and Ucayali—was able to consolidate data for the two years from each facility. In the case of Pasco, the information on doses given during the two-year period was collected at the district level, which is why the Pasco consolidated data remains at district level. In the case of Loreto, a consolidated file could not be prepared due to personnel changes that limited data collection in 2009.

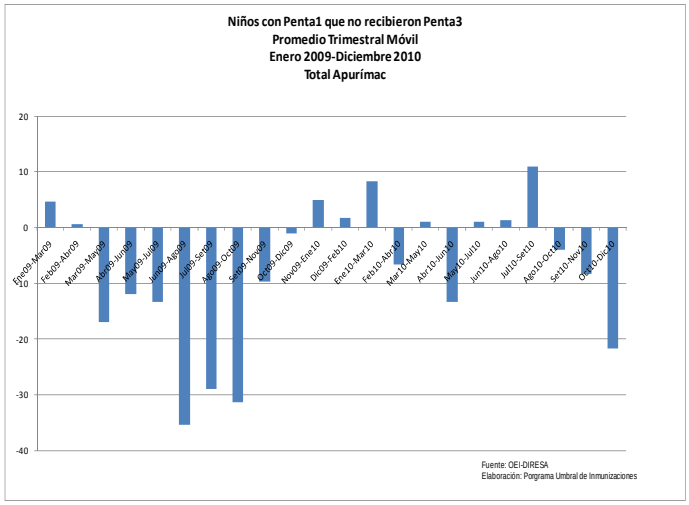
According to the analysis of the doses values given throughout 2009 and 2010, there is a sharp fluctuation between one month and another. As a result, it was considered appropriate to apply a mobile quarterly average in order to reduce the month-by-month variations.

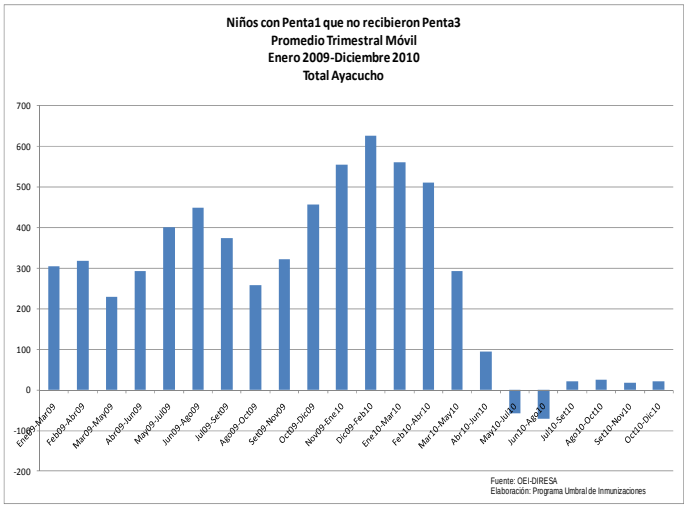
The procedure consisted in taking the average number of doses in three consecutive months, and comparing them with the average in the period corresponding to each of the doses, as shown in the following chart. For example, in the Comparison Graph on Pentavalent doses given, Number I, for Dose 1, shows the average number of doses given in the Nov08-Jan09 quarter; for Dose 2, the average number of doses given in the Jan09-Mar09 quarter; and lastly, for Dose 3, the average number of doses given in the Mar09-May09 quarter.

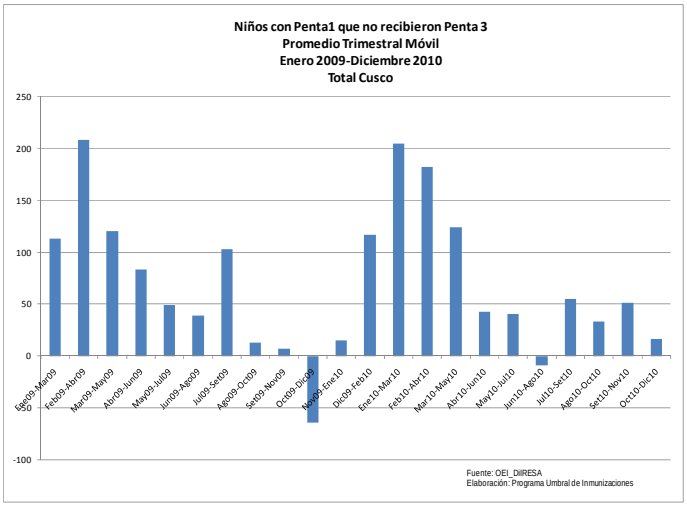
.

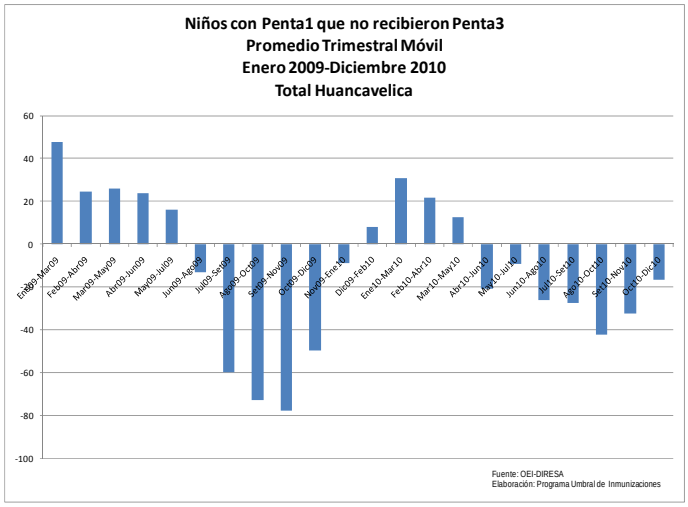
CHILDREN GIVEN PENTAVALENT 1 WHO DID NOT RECEIVE PENTAVALENT 3

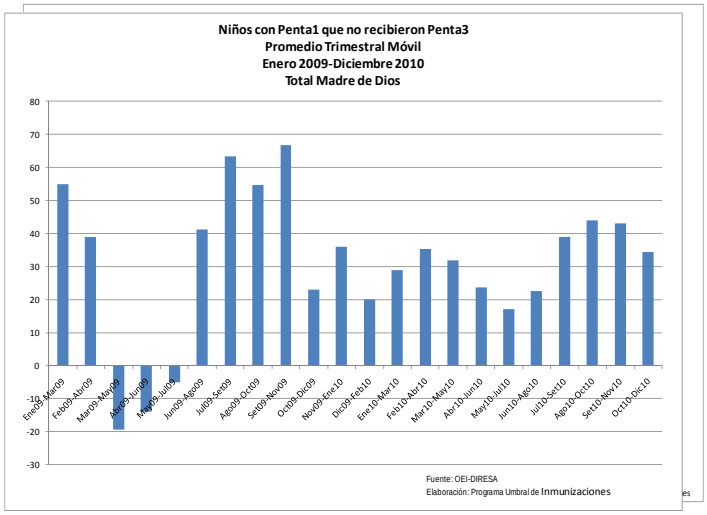
Ideally, the children who enter the program are expected to continue until the doses are completed. In the following graphs **by regions** (Apurimac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno, Ancash, Cajamarca, Junín, La Libertad, Madre de Dios, Pasco, San Martín, Ucayali) whose title in Spanish is *"Niños con Penta1 que no recibieron Penta3"* means **"Children with Penta1who did not receive Penta3**, you can see the behavior of loyalty to the fulfillment of the total dose to be protected with the Pentavalent vaccine. The analysis period is January 2009-December 2010, and the bars graph the **moving quarterly average** of children vaccinated with Penta1 that did not receive Penta3, consequently, the greater number of upper bars shows the greater loss of children vaccinated between dose 1 and dose 3. Comparing the graph for Apurimac with Ayacucho, it is evident that there is a greater loss of children in Ayacucho between these doses than in Apurimac. The ideal situation would show no bars.

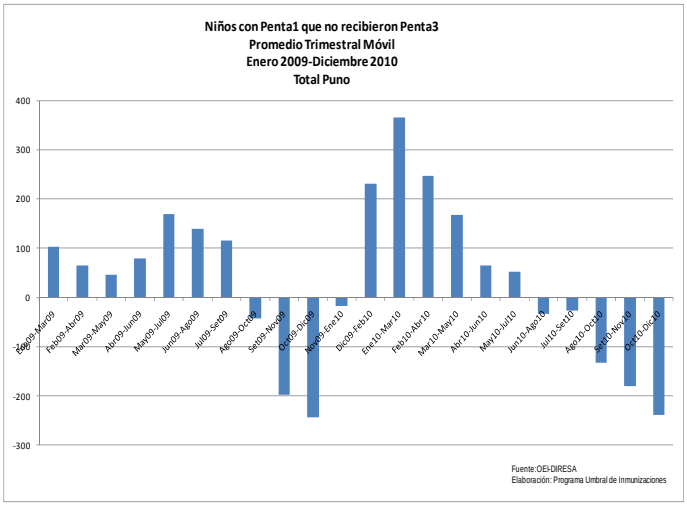


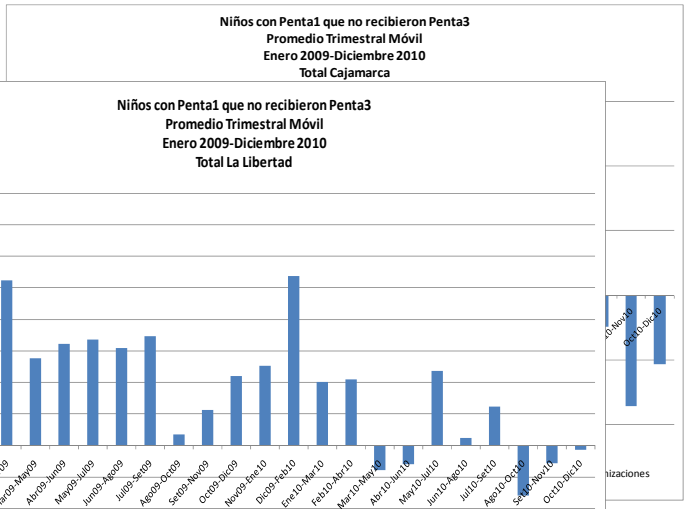


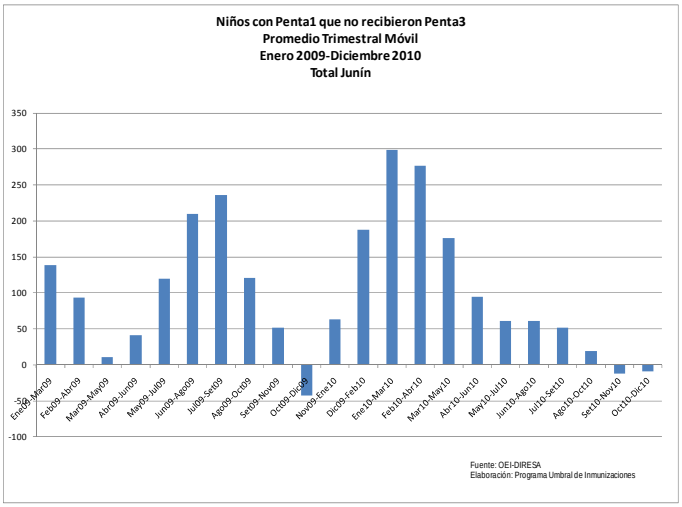




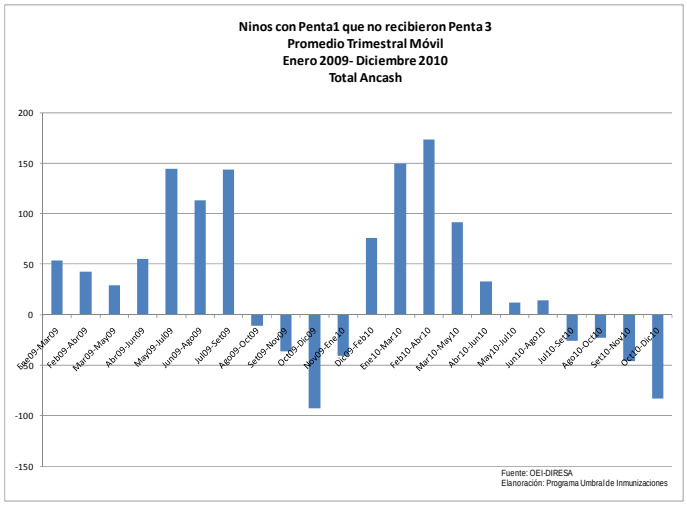

Niños con Penta1 que no recibieron Penta3
Promedio Trimestral Móvil
Enero 2009-Diciembre 2010
Total Madre de Dios
Fuente: OEI-DIRESA
Elaboración: Programa Umbral de Inmunizaciones

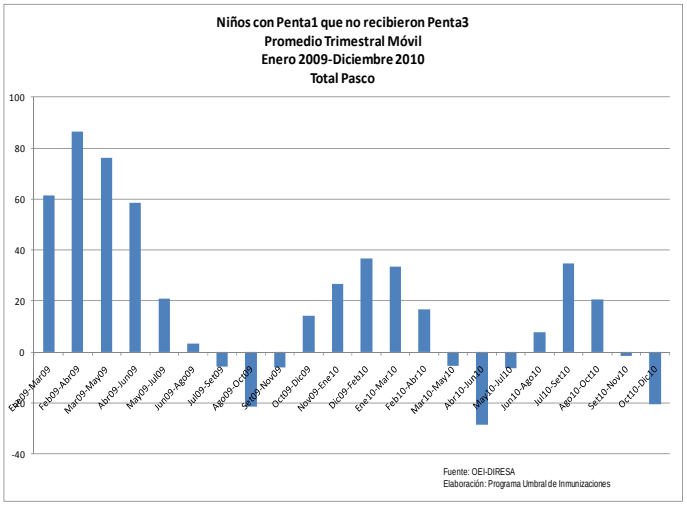

Niños con Penta1 que no recibieron Penta3
Promedio Trimestral Móvil
Enero 2009-Diciembre 2010
Total Puno
Fuente:OEI-DIRESA
Elaboración: Programa Umbral de Inmunizaciones

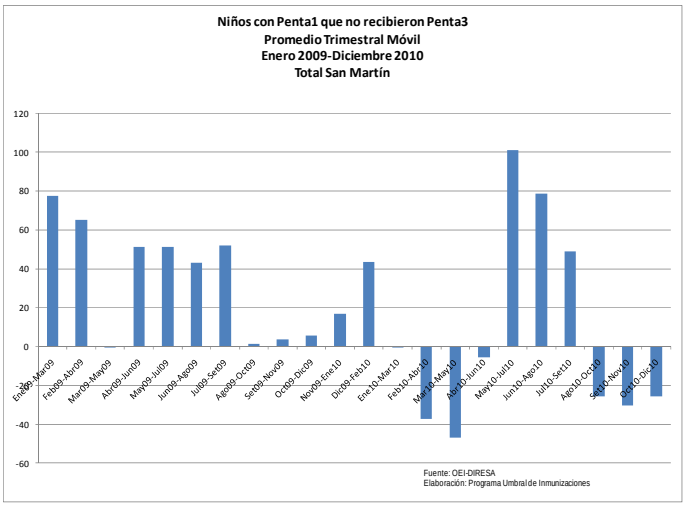

Niños con Penta1 que no recibieron Penta3
Promedio Trimestral Móvil
Enero 2009-Diciembre 2010
Total Cajamarca

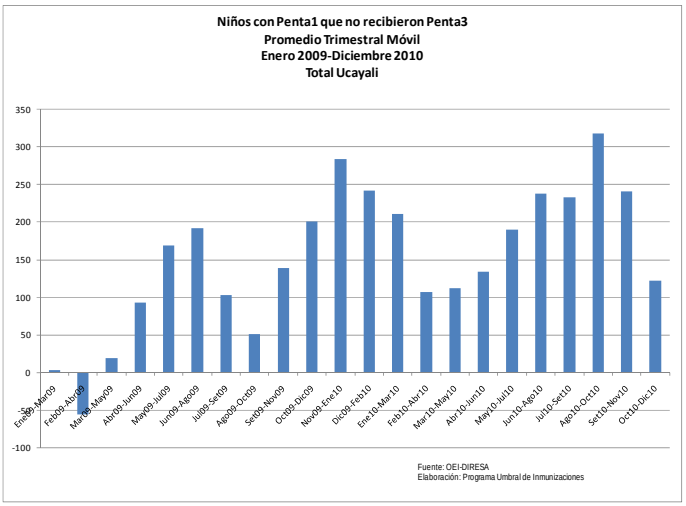

Niños con Penta1 que no recibieron Penta3
Promedio Trimestral Móvil
Enero 2009-Diciembre 2010
Total Junín
Fuente: OEI-DIRESA
Elaboración: Programa Umbral de Inmunizaciones

Niños con Penta1 que no recibieron Penta3
Promedio Trimestral Móvil
Enero 2009-Diciembre 2010
Total La Libertad
Fuente: OEI-DIRESA
Elaboración: Programa Umbral de Inmunizaciones


Ninos con Penta1 que no recibieron Penta 3
Promedio Trimestral Móvil
Enero 2009- Diciembre 2010
Total Ancash
Fuente: OEI-DIRESA
Elanoración: Programa Umbral de Inmunizaciones


Niños con Penta1 que no recibieron Penta3
Promedio Trimestral Móvil
Enero 2009-Diciembre 2010
Total Pasco
Fuente: OEI-DIRESA
Elaboración: Programa Umbral de Inmunizaciones





PENTAVALENT DESERTION RATE

Since we have analyzed the number of children who receive Dose 1 of the Pentavalent but do not receive Dose 3, we can estimate the desertion rates. The following graphs show that the eight prioritized regions are carrying out an appropriate follow-up of children who receive the first Pentavalent dose. The values of the final months are in most cases under 5%. Apurimac has maintained a desertion rate over the past two years of less than 2%. In Ayacucho there is a notable decline beginning in May 2010, while Cusco remained below 4% as of April 2010, Huancavelica maintained levels below 4% throughout the year, Huanuco registered desertion rates below 5% as of March 2010, and Puno as of April 2010.

The situation is similar in the nine non-prioritized regions, with Cajamarca notably below 4%. The highest desertion rates in this group were registered in Ucayali and Madre de Dios, which on the other hand report coverage of more than 100%.

MMR DESERTION RATE

Just as in the previous monthly analysis of the Pentavalent desertion rate, an analysis was also conducted on the number of children who were given Pentavalent 1 but did not receive the MMR vaccine in the same period during Jan 2009-December 2010.

An analysis of the MMR desertion rate has found that, in general, children being vaccinated with Pentavalent 1 at two months of age are not being brought back for their MMR dose a year later. This leaves a broad margin for improvement in following up each child and, in the case of some regions, this has been achieved as shown in the lower desertion rates in 2010 compared to 2009.

- Ancash, Cajamarca, Cusco, Huanuco, Junin and Puno were able to maintain desertion rates below 5% in the final months.
- Apurimac achieved a desertion rate of less than 4%.
- Ayacucho always reported high desertion rates.
- In Huancavelica, the rate was always negative.

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF IMMUNIZATION

Qualitative Study

The Program's qualitative study or formative research on the vaccines shows a clear and documented approximation of the attitudes, knowledge and practices of the parents/families towards the vaccines. With a few exceptions, the immunization services is highly valued by the population, although there is some evidence that greater information should be provided on the preventive nature of immunization, the association between the vaccine and the disease it prevents, the importance of the timely completion of the dosage, and the possible adverse reactions, among other issues.

Radio and television spots, and printed material in a variety of formats and educational uses, have been produced based on the formative research results, and the materials have been distributed to every region in the country.

One of the most important results of the qualitative study has been to note that the parents and families need to be better informed. There is little knowledge about the vaccines as a preventive measure against disease (the fact that the vaccines are provided in injection form leads people to generalize the vaccine with any injection and link it to curative actions rather than preventive actions). Secondly, there is little knowledge between the name of the vaccine and the disease it prevents, and this is noticeably higher about the Pentavalent and new vaccines. The result is that any problem with a specific vaccine is generalized with all vaccines. Thirdly, the perception of discomfort in the post-vaccinated child worries the parent/family and in some cases, coincides with other reasons of ill-health not attributable to the vaccine, leading them mistakenly to believe the vaccine creates a negative effect.

Some of the explanations given for not completing the number of vaccine doses or the vaccination calendar, taken from the investigation, show that: (i) the parent/family went to the facility but the vaccine was unavailable and/or the staff were not there, and they did not return; (ii) they are afraid of being given more than one vaccine (this is now more frequent); (iii) the need to go to the facility is more frequent and they are not necessarily able to do so; and, lastly, (iv) in unfavorable situations, whether it be families (typically, grandmothers and husbands who

are against the vaccine) and/or media (alarming news about vaccines), the mother might decide the child needs fewer doses than required, and takes the child to receive the first dose but does not complete the dosage.

The Immunization Threshold Program's actions have led to the development of promotional material with a better focus on immunizations and particularly to cover the information gaps revealed by the study. For example, linking immunization to prevention; connecting a particular vaccine to the disease it prevents; indicating the type of secondary effects that could be expected after vaccination; and lastly, improving supply conditions –so as not to lose immunization opportunities—as well as creating a communications campaign to emphasize the importance of completing the dosage and completing the immunization of all the vaccines on the calendar.

Results of household surveys

The household survey by Instituto Cuanto S.A.in 2010, to measure immunization coverage, has provided information on the level of acceptance of immunizations, and the percentage of the population that has received information on immunizations in general, on vaccines and the diseases they prevent, and on the possible secondary effects of the vaccination.

Although the details are provided in the final survey report, two charts are included here. The first is on whether the parents/family – regardless of the type of vaccine, protection status, education level of the mother, and level of poverty-- consider that immunization is necessary for their children. The rate of agreement with immunization is 98% in Huancavelica and 93% in Puno, and an average 97% in the eight regions.

Chart 15: Agree or Do Not Agree to Vaccinate their child, 8 regions 2010.

	Amazonas	Apurimac	Ayacucho	Cuzco	Huancavelica	Huánuco	Ica	Puno
Total	761	753	734	753	738	773	776	718
	%	%	%	%	%	%	%	%
Agree	96.6	94.4	98.0	94.6	98.1	98.4	98.5	93.3
Disagree	2.9	3.3	1.9	5.0	1.6	1.6	1.3	5.7
Doesn't Know/No Response	0.5	2.3	0.1	0.4	0.3		0.3	1.0

Base: Total number of households
Source: Household Survey on Child Immunization Coverage in Eight Regions of Peru

The acceptance rate of immunization campaigns is lower. The level of disagreement is highest in Puno, with 19.5%, and least in Ica, with 7.2%.

Chart 16: Mothers' perception of immunization campaigns, 8 regions 2010.

	Amazonas	Apurimac	Ayacucho	Cuzco	Huancavelica	Huánuco	Ica	Puno
Total	761	753	734	753	738	773	776	718
	%	%	%	%	%	%	%	%
Agree	85.8	85.3	83.4	85.0	87.1	84.6	92.0	78.0
Disagree	10.6	9.2	13.6	10.8	8.3	14.7	7.6	19.5
Doesn't Know/ No Response	3.5	5.6	3.0	4.2	4.6	0.6	0.4	2.5

Base: Total number of households
Source: Household Survey on Child Immunization Coverage in Eight Regions of Peru

Among the reasons given for disagreeing with the immunization campaigns, the survey collected the following results:

Chart 17: Reasons for disagreeing with Immunization Campaigns, 8 regions 2010.

	Amazonas	Apurimac	Ayacucho	Cuzco	Huancavelica	Huánuco	Ica	Puno
Total	81	69	100	81	61	114	59	141
	%	%	%	%	%	%	%	%
It is safer at the Health Facility	35.8	39.1	67.0	46.9	49.2	37.7	45.8	44.7
The people who come are interns	48.1	31.9	15.0	28.4	27.9	39.5	16.9	27.7
Vaccines are in bad condition	16.0	20.3	11.0	19.8	9.8	16.7	23.7	17.7
Other	1.2	7.2	6.0	3.7	14.8	2.6	6.8	7.1
Makes the parents become irresponsible	2.5	1.4	1.0	6.2	4.9	2.6	5.1	5.0
Does not say						0.9	1.7	0.7

Base: Total number of households that agreed with the immunization campaign
Source: Household Survey on Child Immunization Coverage in Eight Regions of Peru

The Program was interested in evaluating the level of knowledge of the mothers with regard to the name of the vaccine and the disease it prevents. The results generally show that less than 10% properly understand the link between the vaccine and the disease, and in the case of the Pentavalent vaccine the percentage is less than 5%. Connecting this result to the survey's methodology when there is no identity card, leads to the conclusion that the mother's response about remembering the vaccination of her child is limited.

Chart 18: Mothers' knowledge of the disease that is prevented by the vaccines - BCG, PENTAVALENT and MMR, 8 regions 2010.

	Amazonas	Apurimac	Ayacucho	Cuzco	Huancavelica	Huanuco	Ica	Puno
Total	761	753	734	753	738	773	776	718
	%	%	%	%	%	%	%	%
Knows BCG	4.7	4.4	2.9	8.1	3.3	8.8	9.5	3.8
Knows Pentavalent	2.4	2.1	2.7	2.4	1.8	2.2	5.3	1.4
Knows MMR	6.7	6.6	5.0	4.4	4.1	6.9	14.3	3.2

Base: Total of households
Source: Household Survey on Child Immunization Coverage in Eight Regions of Peru

The survey' qualitative study includes a summary chart on the diffusion of information on vaccines, a crucial aspect in attaining the coverage goals. The results highlight that there is less promotion of information the less educated and poorer the person responding to the survey. Equally, there is less exposure to the information through mass media the lower the mother's education level and the greater the poverty. This indicates that the strategies should be more personalized among these groups.

With regard to the questions on whether the mother had received information or education at the time of her last visit to the facility to vaccinate her child, we found that an explanation about the vaccines was received by 59% of the mothers without any education, by 51% of mothers with a higher education, by 48% of mothers with a high-school education, and by 42% of the mothers with an elementary education.
The results were slightly better on the question of why vaccines are useful, where the proportion was between 55% and 63%.

On the question of providing information about the presence of, and the actions to take when faced with adverse reactions to the vaccine, 80% said they were provided information about the reactions, more than 80% of the mothers reported having received the information. This percentage varies within 80%-90% according to the mother's level of education. Within this range, the lower percentages correspond to mothers with a lower educational level and higher incidence of poverty. Additionally, on the question about information on how to act in the event of adverse reactions, the proportions were higher, ranging between 86% and 94%. As in the previous question, within this range, the lowest percentages corresponded to the mothers with the lowest education level and greatest incidence of poverty.

The results prior to the Immunization Threshold Program's second year of operations are encouraging, in terms of the diffusion to the Formative Research study and the informational documents provided to the Ministry of Health.

Chart 19. Information on immunization reported according to vaccination opportunity, level of education of the mother, and level of poverty

Percentile Variation	Vaccination Opportunity (%)			Protected	Mother's Education Level (%)				Level of Poverty (%)		
	BCG	DPT/PENTA	MMR		No education	Elementary	High-school	Higher	Not poor	Poor not extreme	Extreme poverty
N	**3,096**	**2,004**	**1,852**	**181**	**202**	**1,303**	**1,527**	**499**	**645**	**1,089**	**1,797**
In the past 3 months, have you heard about or read any information on the vaccines in any local or national mass communication media?											
Yes	31.6	32.3	33.3	27.8	18.4	21.8	34.1	51.4	44.7	34.4	24.2
No	66.5	66.0	65.4	68.7	78.1	76.6	63.7	48.5	54.4	63.7	73.8
Doesn't know/ Doesn't answer	1.9	1.7	1.4	3.5	3.5	1.6	2.2	0.1	0.9	1.9	2.0
The last time you took your child for vaccination they gave you some information or advice on the vaccines, they explained what they are											
No answer	0.5	0.3	0.6			0.3	0.5	1.2	0.7	0.8	0.2
Yes	48.9	49.9	49.6	45.5	59.0	47.2	48.6	51.3	47.6	48.2	50.0
No	50.6	49.8	49.8	54.5	41.0	52.5	50.9	47.5	51.7	50.9	49.7
The last time you took your child for vaccination, they gave you some information or advice on vaccines, they explained what they are for											
Yes	56.5	57.0	57.5	53.7	63.3	55.5	56.4	57.7	54.0	55.6	58.2
No	43.5	43.0	42.5	46.3	36.7	44.5	43.6	42.3	46.0	44.4	41.8
The last time you took your child for vaccination they gave you information on the reaction to the vaccines											
Si	84.5	85.1	86.3	84.0	80.2	82.3	86.6	87.3	89.6	86.7	81.7
No	15.5	14.9	13.7	16.0	19.8	17.7	13.4	12.7	10.4	13.3	18.3
The last time you took your child for vaccination they gave you some information or advice on vaccines, they explained what to do if there is a reaction											
Yes	88.9	90.2	89.8	94.0	87.3	86.8	90.3	89.5	90.3	90.3	87.2
No	11.1	9.8	10.2	6.0	12.7	13.2	9.7	10.5	9.7	9.7	12.8
The last time you took your child for vaccination, did they gie you any written or illustrated material about the vaccines?											
Yes	8.0	7.7	7.8	5.1	7.6	6.8	8.1	10.5	9.5	8.5	7.0
No	90.3	90.6	90.5	92.0	89.4	91.4	90.2	88.9	89.1	90.0	91.2

Doesn't know / Doesn't answer	1.6	1.6	1.7	2.9	3.0	1.8	1.6	0.6	1.4	1.4	1.8

Note: The global results are weighted
Source: Household Survey on Child Immunization Coverage in Eight Regions of Peru

The qualitative study showed that vaccination opportunities lost were due to problems related to the supply. The Instituto Cuanto S.A. survey investigated this issue. The following chart shows that close to 30% of the mothers reported going to the facility more times than necessary to vaccinate their child. The most critical case is Ica, with 41.5%.

Chart 20: Proportion of mothers who took their children for vaccination more often than necessary

	Amazonas	Apurimac	Ayacucho	Cuzco	Huancavelica	Huánuco	Ica	Puno
Total	580	581	509	548	625	570	427	489
	%	%	%	%	%	%	%	%
Yes	33.4	29.1	35.4	25.5	17.1	17.7	41.5	26.0
No	66.6	70.9	64.6	74.5	82.9	82.3	58.5	74.0

Base: Total number of children from 6 to 36 months of age, with vaccination complete and information on Immunization Status (Section 3 of questionnaire)
Source: Household Survey on Child Immunization Coverage in Eight Regions of Peru

Among the reasons given for having to go to the facility more than once to vaccinate their child, the most important was the lack of vaccines, followed by the lack of sufficient children to warrant opening a multiple doses bottle, and third, absence of personnel at the facility.

Chart 21: Reasons for going to the facility more than once to vaccinate their child

	Amazonas	Apurimac	Ayacucho	Cuzco	Huancavelica	Huánuco	Ica	Puno
Total	194	169	180	140	107	101	177	127
	%	%	%	%	%	%	%	%
Does not say		0.6		0.7			1.7	
The first time I went there was no staff	17.0	14.2	3.9	5.0	10.3	5.0	2.8	25.2
The first time I went there were no vaccines	42.3	62.1	59.4	62.1	47.7	66.3	67.2	44.1
The first time I went there were not enough children	42.3	21.3	30.6	33.6	34.6	28.7	19.8	23.6
Other		3.0	3.3		6.5		7.9	2.4
Doesn't know / Doesn't respond		1.2	3.3		2.8		0.6	4.7

Base: Total number of children between 6 and 36 months of age, with complete vaccination and who went more than once for vaccination, and with Vaccination Status information (Section 3 of questionnaire)
Source: Household Survey on Child Immunization Coverage in Eight Regions of Peru

Linking these results to the study on production and particularly on the desertion rates, it is possible to confirm that the fluctuations month by month in the number of doses given can be due mainly to limitations in the supply, rationing of vaccines, and absence of personnel.

5. Lessons Learned

The Program has contributed to the increase in doses and coverage among children under two years of age, with an emphasis on seeking to strengthen the skills of personnel in order to provide better services, record and analyze information, propose plans for improvement, and regional plans based on costs, program budgets using the public tools available and keep a watch on the execution of the budget. The program has provided tools to improve the services and the management of these at the level of health facilities, administrative units and regional directorates, in coordination and joint actions principally with the National Health Strategy for Immunizations (ESNI), the Ministry of Health, and the Economics and Finance Ministry. Additionally, conditions have been created to operate regular training systems, monitoring, supervision and evaluation, by providing the tools and creating spaces for these practices.

These interventions have provided operational content to the current public policies on immunizations, but they are key aspects of institutionalization common to all public health interventions. Binding the use of the budget to clearly defined goals; the registration and control of inventory of public assets in regular systems such as SIGA Assets; the policy of identifying the population with identity documents; the building of a nominal information system as the basis for universal insurance; the modernization of logistics processes to ensure the general distribution of all strategic inputs; and particularly the conservation of vaccine quality until the moment of vaccination – despite the progress achieved so far, these are processes that need to continue.

The most important lessons learned through the Integrated Immunization Information System are:

- The **partial** implementation of the Budget by Results is a weak incentive to achieve coverage, and thus also for the use of information to guide this objective.
- The individual identification of those vaccinated is indispensable for follow-up and construction of indicators by results.
- A Geographic Information System can be implemented at low cost and in a short period of time, using software that is free, and easy to learn.

5.1. Still Pending

Despite the achievements described above, the complete and timely vaccination of all children remains a challenge, particularly in the rural and dispersed population. The Immunization Threshold Program thus prioritizes giving continuity to what has been achieved, particularly in the following aspects:

- Complete the process of public insurance, maintaining the State's action in public health as a priority. Specifically, the primary level of the Essential Health Insurance Plan (PEAS) needs to be expanded to incorporate the current regular activities of the AISPED Itinerant Brigades that are much more specific to the health of the community.

- Increase the use and analysis of information in all the sub-processes of vaccination, by strengthening the monitoring, supervision and evaluation systems. To make this process sustainable, it is necessary to intensify the programming of the budget based on results (SIGA PpR), and the evaluation of achievements in the physical goals set out, which is currently the main source for the use and analysis of information.

- Ensure that 100% of children under five years of age obtain an identity card, which will permit the identification and success in locating the 10% to 15% of children who are not vaccinated ever year.

- Implement the Improvement Plans for the vaccine logistics process at the national regional levels. Key aspects at the regional level are, for example, the definition and start-up of the Cold Chain Map, as well as achieving sustained financing for a Vaccine Distribution System that ensures optimal vaccine quality from the national storage to the health facility given the vaccines.

These aspects are the result of the experience during two years of operation of the Program and are mentioned with the intention of giving clear signals for continuity, particularly in the context of the renewal/change in political and technical authorities in the country this year.

6. Activities completed in January and February 2011, and Project Close-Out Activities for the Immunization Threshold Program

During January and February 2011, given the special context of the extension of the Immunization Component of the Threshold Program, we conducted an orderly completion of all the activities, products and expected results designed in the Program; and at the same time, we developed a systematic close-out process in the 17 regions where the Program was executed. We should emphasize that the close-out meetings in the 17 regions were held with the challenge of having to invite the new authorities of the Regional Governments and the Regional Health Directorates as well, and which in 95% of the cases were completely new and had no knowledge of the Threshold Program.

Immunizations Information System (SIII)

One relevant point to remember is that between 2008 and 2011, the Program contributed directly to the setting up of a new Immunizations Information System (SIII), which registers each beneficiary by name, thus allowing a follow-up on immunizations at every level in the public health system. This result can be easily mentioned lightly, but we recognize that it is not a simple achievement within the context of health systems. And this is particularly true in light of the complexity in Peru's case, which is undergoing new challenges and new experiences, with a large number of indirectly related issues, and unresolved issues still pending dating back many years, regarding information systems.

Implementing the SIII over these two years meant providing technical and financial assistance in:

- Drawing up and or managing the Health Directive N° 034-MINSA/DGSP V.01 and the Ministry Resolution N° 614-2010/MINSA dated August 6, 2010 which enacted the Integrated Immunizations Information System (SIII).
- Training workshops in the use of SIII to health personnel, including the training of supervisors in 24 regions, i.e. nationwide.
- Measuring the MCC monitoring indicators of the Integrated Immunizations Information System (SIII).
- Improving the applications of the information technology platform of the Comprehensive Health Insurance (SIS) to ensure the correct registration of the children vaccinated and generate reports.
  Acquisition of1246 fully-equipped computers for the health facilities, 45 full computers for the SIS Decentralized Offices (ODSIS) and acquisition of a high yielding server for the SIS central office.

- Implementation of an application for hand-held computers (PDAs) that allows real time registration of the children vaccinated and can record all medical assistance provided by the itinerant health brigades (AISPED). Implementing this application included the acquisition of 151PDAs, the development of software, and training the personnel in their use.

Parallel to the SIII actions, a Geographical Information System was set up for immunizations in 10 regional health directorates, which required developing geo-referenced maps, the acquisition of computers and printers, training of health personnel, and developing a methodology to design and analyze spatial information and generate reports to provide spatial data for the SIS web applications.

Since the Ministry of Health enacted the Resolution RM No.614-2010/MINSA on August 6, 2010 to regulate the SIII, the principal user of the system is the General Directorate for Human Health (DGSP) –and the National Immunizations Strategy (ESNI) within it—and is the institution in charge of maintaining coordination with the Comprehensive Health Insurance (SIS) and the General Office of Statistics and Information Technology (OGEI) in order to continue the implementation process and use of updated vaccine reports (See products on attached CD).

Plan for Improving the Logistics Processes for Vaccines

Again within a long-term vision, a very important issued has been the technical assistance and dialogue regarding the supply chain for immunizations. The Program has concluded the technical assistance for drawing up a Plan for Improving the Logistics Process for Vaccines, which has included contributions given during the sessions held to define priorities by personnel from the key offices in the Ministry of Health and the regions. To the Program's satisfaction, some of the improvements included in the Plan are now being implemented, principally those related to the administrative process of registering full information in each shipment, the awareness and action taken by Regional Governments and DIRESA to install cold chambers. It is up to the authorities to persevere and continue the implementation of this Plan (see products in attached CD).

Cold Chain Inventory

In order to implement the Cold Chain Inventory, and in coordination with the Ministry of Health, the Program chose to institutionalize this activity by boosting the updating, training and use of the Asset Module of the Administrative Management System (SIGA). The updating of the SIGA Asset Module, with information on the refrigerators in the Cold Chain, was the responsibility of ESNI-MoH. Training has been completed in 118 Executor Units in the country on the use of the SIGA Logistics and Asset Module with the updated version of the SIGA Asset module software (5.4.0); i.e. the training was given to 471 local users of SIGA, ESRI coordinators cold chain technicians. The last workshop took place in January in the Madre de Dios region. (See products in the attached CD).

Cost-effective Analysis of the AISPED Brigade Operations

Relevant actions related to the AISPED Itinerant Brigades. During the Program's extension period, a systematized process has been achieved in the information collection on production and operation costs, and based on this it was possible to conclude the analysis of the cost-effectiveness of the AISPED Itinerant Brigades operation. The Immunization Threshold Program has provided a rigorous academic and technical study on the topic. This is an important contribution, given the context prior to the dialogue and the supposedly inadequate information provided in another study that did not sufficiently consider all the aspects to be broached in an AISPED Itinerant Brigade.[13] Nevertheless, a follow-up cost-effective analysis is still pending on the Itinerant Brigade operation within the inclusive care model proposed by the Immunizations Threshold Program. A basic technical document was also concluded for following-up, monitoring and supervising the AISPED Itinerant Brigades. All this has been provided to the DGSP-MoH. (See products in attached CD).

Survey by Conglomerates to Measure the Immunization Coverage in Households in the Eight Priority Regions, under contract to Instituto Cuanto S.A.

There is a full report in English on the survey by conglomerates conducted by Instituto Cuanto S.A. to measure the immunization coverage in households in the eight priority regions. The sample studied has demographic and household characteristics similar to those reported in the 2007 census, which backs up the external validity of the results. The BCG coverage is the most consistent of all the results in the survey, with over 90% coverage in all cases. This would indicate that access to the services is above 90%, a very positive result. The coverage corresponding to the DPT/Pentavalent is high in the first and second doses, but there is a significant drop in the third dose. The causes would include losing contact with the health services as the child grows, or a poor follow-up, or the possibility that the new vaccination calendar has not been sufficiently advertized regarding its benefits and the additional visits that are required for the new vaccines before the six months are up, or that the mother thinks that the vaccines given so far are sufficient and thus does not return to complete the Pentavalent doses and receive the MMR dose. As an example, the greatest difference corresponds to the Ayacucho region, where coverage for the first dose is 97.7%, the coverage for the second dose drops 6.3% (to 91.4%), and the third dose drops 24.7% (to 66.7%), a very negative behavior that indicates a total difference between the first and third doses of 31.0%.

In terms of comparison (within the same age group), the results of the Cuanto survey commissioned by the Program show systematically less coverage than those reported in the official statistics (Annex 1: Table 1, Immunization Coverage in children under 2 years of age)

[13] Although an AISPED costs study was presented at the end of 2008 as part of a series of studies, it had an accounting focus and made an incorrect comparison between fixed and flexible supply, concluding incorrectly that the fixed supply was more cost-effective than the mobile supply. This study is focused on an economic evaluation and, what is more important, it is not suggested that the fixed supply be a substitute for the mobile supply but rather complementary.

and greater coverage than DHS 2010 (Annex 1: Table 2, Immunization Coverage in children from 18 to 29 months of age). This comparison, however, is only a reference since –despite using the same "immunization coverage" indicator—the data source is different (the institutional coverage is measured according to the population programmed for vaccination while the coverage of the surveys – both that of DHS and the Program—are measured according to the total number of children in the households surveyed. In the specific case of DHS, the methodology differs in the size of the sample, the questionnaire for collecting the information, the choice of household, and the expansion factor. It is worth noting that the Cuanto survey has an average sample of 400 children per region while the DHS survey does not reach more than 50 per region.

The most important contribution made by the Cuanto S.A. survey is the on the coverage results that distinguish the urban and rural areas, since these are not separated in the institutional statistics. Another element added to what is already known from DHS is the role of the vaccination card as a source of information – were the identity card is available, there is greater coverage. Thus, in the Puno region where a greater number of children do not have vaccination cards, the survey reports less coverage. This difference is particularly evident in the case of the DPT/Pentavalent vaccine and means, therefore, that the report by the mothers could show their underestimation of the real value of the Pentavalent coverage, since it is more difficult to distinguish this vaccine from the others within an extensive vaccines calendar. The coverage among children with a vaccination card was generally greater than among those without a card, a difference that –as in the case of Ayacucho—can be around 30%. It is worth noting that there is also a difference in the other regions but that it is less, ranging between 6.0% and 14.0%. Lastly, the survey shows a highly diverse behavior in the case of the Yellow Fever, Rotavirus, Pneumococcus and Influenza vaccines, which report highly varied global coverage and marked differences between regions and differences between urban and rural areas. Among these vaccines, the lowest coverage (below 50.0%) corresponds to the Pneumococcus vaccine.

Online Diploma in Immunization Management

The online course for the Diploma in Immunization Management concluded with 783 participants nationwide, with academic accreditation from Postgraduate School of the National University of Trujillo. The curricular grid and six subject modules provided the online teaching support are available for print-outs and have been included in the CD attached to this report. Important institutional skills have been developed throughout the Diploma course, maintaining the premises of institutionalization, management model, adjustment of methodologies, contents and costs towards greater sustainability and the possibility of replication.

One of the main assignments of this Program was the writing up of a technical document on the "Health Care Plan for Dispersed Populations," which has been completed and reflects the need – within the decentralization process underway and focusing on people's rights—for the Peruvian health system to take steps to achieve a more effective territorial scope as proposed in this health service model for inclusion of dispersed, poor, rural populations that are traditionally excluded from the State's basic services.

CLOSE-OUT ACTIVITIES OF THE IMMUNIZATION THRESHOLD PROGRAM

- **Report on Close-Out Meetings of the Immunization Threshold Program in 17 regions**

CLOSE-OUT MEETINGS IN 17 REGIONS																
REGION	JANUARY								FEBRUARY							
	20	21	24	25	26	27	28	31	1	2	3	7	8	9	11	14	18
Amazonas			X														
Ancash						X	X										
Apurímac							X										
Ayacucho														X			
Cajamarca												X					
Cusco						X											
Huancavelica													X				
Huánuco											X						
Ica															X		
Junín				X	X												
La Libertad							X										
Loreto		X															
Madre de Dios																	X
Pasco				X													
Puno																X	
San Martín			X	X													
Ucayali							X										

- **Preparation of Contents of CD with the Virtual Library of Technical Documents and Audiovisual Materials**

Content of the Compact Disc (CD)

Lastly, thorough and intensive work has been achieved to complete the final versions of the following documents on the Immunization Threshold Program, which are on the accompanying CD and were distributed during the Close-Out Ceremony on February 17th:

A. Sub Component 2.1: Increase immunization rates of rural children

1. Initial Evaluation of the Itinerant Brigades-2008
2. Systematization of the Budgetary Process for the operation of the AISPED Itinerant Brigades 2009-2010
3. Guide for Supervising and Monitoring AISPED Itinerant Brigades
4. Analysis of operational costs of the AISPED Itinerant Brigades. Case studies in the regions of Huanuco, Pasco, Madre de Dios
5. Cost-Benefit Analysis of the operation of the AISPED Itinerant Brigades
6. Model for Inclusive Health Service

7. Equipping the AISPED Itinerant Brigades
8. Process and Content of the Training Modules for AISPED Itinerant Brigades
9. Promotional Materials
10. Informational Materials
11. Clinical Practices Guide for Immuno-preventable Diseases

B. Sub-Component 2.2: Strengthen Immunization Management and Logistics Systems

12. Training Guide for the SIGA-Asset Module
13. Modules for Online Diploma of Immunizations Management
14. List of participants and tutors in the Diploma in Immunizations Management
15. Systematization of the Budgetary Process for Immunizations 2009-2010
16. Analysis of Immunization Production and Coverage, summary document on the monthly M&E of all the health facilities in the 17 regions regarding the Program's results indicator
17. Report on the Base Line and Annual Evaluation surveys
18. Plans for Improving the Logistics Process of Vaccines

C. Sub Component 2.3: Strengthen the immunization information system within the Ministry of Health at the central and decentralized levels

19. Software and training in the use of PDA.
20. List of PDA delivered to the 17 regions
21. Geo-referenced System. Training Manual
22. Integrated System of Immunizations Information. Training Materials

D. Close-Out of Immunizations Threshold Program in 17 regions of Peru

Technical documents and audiovisual materials produced under the TASC3 Peru MCC project (GHS-I-00-07-00003-00 Task Order 365) sent to USAID´s Knowledge Services Center. (Annex N° 01).

- **Delivery of Assets as Donation**

The close-out activities of the Immunization Threshold Program included the distribution of the assets (equipment and furnishings) used during the two years and four months of the Program. Among the actions taken were reporting to USAID Peru on the list and status of the assets located in the eleven regional offices –Amazonas, Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huanuco, Loreto, Puno, San Martin and Ucayali—which led to the issue on January 27, 2011 letter RCO 071/2011, which authorized the handing over of equipment and furnishings to the 17 regions where the Immunization Threshold Program was developed. This permitted the official delivery to the Regional Health Directorates on January 31, 2011, of the proposal, valued at US$ 45,496.55 and which is summarized as follows:

REGIONS		Computer equipment Lap Top	Laser Printer	Scanner	Digital photographic camera	Desk	Swivel Chair	Other equipment and furniture
01	Amazonas	02	01	01	01	03	03	02
02	Ancash	03	01	01	01	03	03	02
03	Apurímac	02	00	00	00	00	00	00
04	Ayacucho	02	01	00	01	00	00	00
05	Cajamarca	02	01	00	01	00	02	00
06	Cusco	01	01	01	01	04	04	00
07	Huancavelica	02	01	00	01	01	03	05
08	Huánuco	02	00	01	01	04	01	08
09	Ica	01	00	01	00	00	00	00
10	Junín	02	00	01	00	00	00	00
11	La Libertad	02	00	01	00	00	02	00
12	Loreto	01	01	01	01	03	03	11
13	Madre de Dios	01	00	00	00	00	00	00
14	Pasco	02	01	00	00	00	00	00
15	Puno	03	01	01	01	00	00	01
16	San Martín	03	01	00	01	03	03	10
17	Ucayali	03	01	01	01	03	03	16
		34	11	10	11	24	27	55

The following corresponds to the donation of goods used at the central office (Lima). A list of the goods available and their status was provided to USAID Peru, with the proposal to donate the goods to two entities in the health sector: 1) The General Directorate for Human Health of the Ministry of Health, and 2) the Comprehensive Health Insurance. Once USAID observations and questions were met, and the authorization letter RCO PER 079/2011 was issued, the delivery of the goods valued at a total of $ 83,780.37 was made and included the delivery of computer equipment to the USAID Peru's "Health Policies" Project. The donations are as follows:

La siguiente acción correspondió a la donación de los bienes utilizados en la sede central (Lima); para el efecto se comunicó a USAID Perú la relación de bienes disponibles y su estado situacional, alcanzándose la propuesta de donación a dos entidades del sector salud: 1) La Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud y 2) el Seguro Integral de

Entity		Desktop computer equipment	Lap top computer equipment	Laser Printer	Scanner	Digital Photographic Camera	Other equipment	Other furniture
01	Ministry of Health – DGSP	00	04	01	01	01	06	29
02	Comprehensive Health Insurance	00	04	01	00	00	10	25
03	Health Policies Project	07	04	00	00	00	03	00
		07	12	02	01	01	19	54

Highlights January- February 2011

Sub Component 2.1: Increase immunization rates of rural children
Issues

- The training process for AISPED brigade personnel concluded with 1154 participants, of whom 163 are regional trainers, 786 are brigade members and 205 are human resources from the micronetworks who requested to be included in the training program. Details are given in the attached CD on the list of brigade members trained by each DIRESA in the 17 health regions. This training process was accredited by the Department of Preventive Medicine and Public Health of the Human Medicine Faculty of the San Marcos National University. The modular material has been published and presented to the General Directorate for Human Health at the Ministry of Health, which will officially recognize this training process for AISPED Itinerant Brigades and issue a national directive to officially use the material and update it every two years.
- The Immunization Threshold Program completed the base document for a technical proposal on follow-up, monitoring, supervision and evaluation of the performance of AISPED itinerant brigades, which has been delivered and officially transferred to the DGSP-MoH.
- The technical document on "Health Service Plan for Rural Dispersed Population" was completed, as a model for inclusive service to the excluded and dispersed population, incorporating a proposal for a general health policy as an inclusive service model to strengthen the MAIS. The document also includes a proposal of the critical route for implementation.
- The communications material to promote immunizations has been distributed completely to the 17 regions within the scope of the Program. Additionally, and based on the redistribution plan created by the regions themselves, the materials have reached all the micronetworks. Coordination has been successful to ensure that the DGSP takes charge of the distribution of the quantities that correspond to the other regions in the country outside the scope of the Threshold Program.
- Three audiovisual materials have been produced to promote the importance of the health service process, particularly regarding immunizations: Four TV spots, one documentary on health care for the AISPED Itinerant Brigades, and one animated video on the supply and giving of vaccines.
- The regulations governing solid waste management in vaccinations and a friendly version of the immunizations law itself have been produced in this period in coordination with the Ministry of Health (See products in the attached CD).
- The Program has the final document on the systemization of the budgetary process 2009-2010 for immunizations, a successful experience that has improved the budget level for regional expenses of immunization operations between 2009 and 2010. This document has been transferred and formally handed into the DGSP-MoH. (See product on attached CD).
- Final document of the cost-effective analysis of the AISPED Itinerant Brigade operations, which has been transferred and handed in officially to MoH-DGSP (See product on attached CD document).

- The budget has been approved for the operation and financing of AISPED Itinerant Brigades for 2011 under the Regional Budgets for 149 of the 159 brigades currently operating. As part

of the Threshold Program activities, advocacy has been presented to the MEF, and at the date of this report the regions themselves have requested an additional demand to increase the number of brigades to a total of 182.

Sub Component 2.2: Strengthen Immunization Management and Logistics Systems
Issues

- Household cluster survey to measure population immunization coverage in priority regions under contract with Instituto Cuanto SA. The full version of the final report is available. It should be noted that the study sample has demographic and housing characteristics similar to those reported by the census of 2007, which supports the external validity of results.
- Dose production analysis for the health facilities in the Threshold Program during the period of work to December 2010. The analysis integrating the monthly databases has been completed. Official information at the level of health regions is available for 100% of the vaccines until December. This is an added value, as at the central level the information published is only available up to the month of September 2010.
- Training in the SIGA Assets module for the inventory of cold chain equipment. The training was completed with the workshop scheduled in the region of Madre de Dios, for a total of 118 Executing Units, using the updated SIGA Asset Module (5.4.0) software, allowing appropriate registration of the equipment.
- Immunization Management Diploma program in virtual mode. The program was concluded with 783 participants nationwide, with academic accreditation by the National University of Trujillo at the Graduate School level. In addition, the curriculum is available and the 6 modular materials that served as teaching-learning aids for virtual participants are ready for printing.
- The program has provided technical assistance in developing a Vaccine Logistics System Improvement Plan for both the national and regional levels, which has included input from the meetings held to set priorities with staff from the relevant offices of the Ministry of Health and of the regions. It may be noted that some improvements are designed and being implemented.

Sub Component 2.3: Strengthen the immunization information system within the Ministry of Health at the central and decentralized levels
Issues

- Measurement of MCC indicators related to SIII pending being reported in the MCC results table. The results of this measurement are now available and are presented in the MCC indicators' monitoring table. In addition, the detailed report of the measurement process is attached in Annex 13.
- Final National Training Workshop on the management of the Integrated Immunizations Information System, aimed specifically at the ESNI technical team and the National Immunizations Supervisors' group. In this workshop, held in Lima on January 27 and 28, the normative and technical aspects as well as the operational and functional procedures related to the implementation of the Integrated Immunizations Information System were described in detail.

- SIII strengthening activities in Callao, Cusco, San Martin and La Libertad were completed in the last two months of program development. It should be stressed that due to the short implementation period of this final phase, these regions did not complete the training sequence followed in the other regions. In this final stage the following actions will be developed:
    - Training the staff of health facilities for the implementation of SIII in their workplaces: DISA Callao.
    - SIII supervision by health personnel in the regions formed as supervisors in the previous workshops: DIRESA San Martin.
    - Regional trainings for using handheld computers (PDA) and AISPED MOBILE software for recording immunizations by the itinerant health brigades: DIRESA Cusco, La Libertad and Pasco.
- SIS software improvements in both its desktop version (ARFSIS), as its Web version (SIASIS). Optimized versions of each of these were distributed nationwide.
- Distribution of the third version of GIS software that will allow continuing the process of implementing the Geographic Information System aimed at immunizations in 10 regions. This new version included the GIS maps of Cajamarca and San Martín.
- PDA Software completed and tested with good results was delivered to the SIS for follow up and integration for collection of information regarding health and immunizations action by AISPED itinerant health brigades.

I. Activities Completed (February 2011)

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
COMPONENT 2: IMMUNIZATIONS (October – December)		
Sub-component 2.1 Ensure the immunization of rural children		
R 2.1.1 151* Itinerant brigades properly equipped (906* members)		
2.1.1.1 Purchase required equipment for the brigades *At the beginning of the contract, the Threshold Immunization Program detected that the country only had 23 itinerant brigades and that , during the first year of work of the Program, and in coordination with the MoH, MEF, regional governments and USAID, these brigades had been increased to 151. The 151 brigades (906 members), have the sustainability assured since they have been included in the Regional Governments budget for 2010. Accordingly, following the process of updating and defining the real number of itinerant brigades, it was possible to initiate the actions for the purchase of their equipment.	Feb 2011	Status: COMPLETED Entrance to Warehouse Notes (NEA) file and documentation to support purchases and the whole process of distribution and respective delivery available in the regions and documented by copies and reports in the Threshold Immunization Program.
2.1.1.2 Strengthen inventory control for new and existing AISPED equipment. Design of guidelines for technical assistance on inventory system improvement plan.	Feb 2011	Status: COMPLETED Entrance to Warehouse Notes, by the SIGA system, of goods that were distributed to November of 2010 available in the regions, and warehouses counting with the PECOSAS of final distribution to users. Regarding handheld computers (PDA), delivered in December 2010, the following information is available: a) 11 NEA have been issued, and the following 06 regions are pending: Amazonas, Apurimac, Cusco, Loreto, Madre de Dios and San Martin. b) 12 donation acceptance Resolutions have been issued, and the following 05 regions are pending: Apurimac, Cusco, Huancavelica, Puno and Ucayali. (Annex No. 02: Report of Donated Goods to the itinerant brigades with NEA / 17 regions.)
R 2.1.2 Five training workshops delivered in each of the 17 Regional Health Offices that concentrate all itinerant immunizations brigades		
2.1.2.1 Design of training program for itinerant brigades.	Feb 2011	Status: COMPLETED
2.1.2.2 Design and implementation of training to trainers for itinerant brigades.	Feb 2011	Status: COMPLETED
2.1.2.3 Implementation of workshops for the	Feb 2011	Status: COMPLETED

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
itinerant brigades (replication of trainers to brigades members in a cascade mode)		The training program for AISPED itinerant brigades ended. The database of participants in the training process detailing the regional trainers and the AISPED brigadiers was delivered to the MoH (DGSP and DGGRRHH) and the respective DIRESA, in the framework of the Threshold Program's regional closings. The modular training material has been made available in virtual mode and is also available on the Threshold website in order to provide access, continuity and sustainability to this human resources training process in health in the different DIRESAS. The MoH DGSP will make it institutional and will issue a directive to facilitate its use nationwide.
2.1.2.4. Design of methodology/guidelines to follow up itinerant brigades' performance.	Feb 2011	Status: COMPLETED Proposal made at the level of technical document with methodological guidelines for monitoring the performance of the itinerant brigades, which is available to the MoH for national and regional use (Annex No. 03: Guide for Following, Control and Supervision of the AISPED brigades.)
R 2.1.4 Implementation of IEC and advocacy campaign at the districts and communities where the Itinerant Brigades operate		
2.1.4.1 Communications formative research Formative research regarding IEC campaign	Feb 2011	Status: COMPLETED The conclusions and recommendations of the study were duly incorporated in the development of communication materials for parents and communities distributed to the regions, and at the same time, many aspects of the analysis were also incorporated into the training program of the AISPED brigades. The document (e-book version) that contains the study is available in the set of technical documents, tools and resources to be distributed, and is part of the set of products to be disseminated by CD and virtual media.
2.1.4.2 Implement an Information, Education, and Communication (IEC) and advocacy campaign in the districts and communities (this includes activity 2.1.5.3)	Feb 2011	Status: COMPLETED Education campaigns for behavior change in the field of immunizations, planned for the community level, are conducted in the seventeen regions in the scope of the Program with the support of the communication materials produced. The printed communication materials attained a great quality -largely because they are based on the training studies conducted- which should help the messages achieve high impact on the users of comprehensive care services, for the benefit of the children. The posters, brochures, explanatory flip charts, vaccination schedules and instruments for nominal monitoring of community vaccinations were successfully distributed to the regional directorates of health. From there -the capital cities of each region- they are redistributed to the facilities in the health services micro networks, according to an established plan and regional resources. In this way it is

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
		ensured that the materials arrive where they are needed, that is, at the primary care health facilities. Today, campaigns are strengthened at the provincial level by the television spots produced by the Program, which are broadcast through the Banco de la Nación network and the State channel. Finally, for political advocacy at the level of directors, decision makers and the general population, the program has produced a video documentary that gives an account of the comprehensive care work performed by the itinerant brigades, for the excluded and dispersed populations. In accordance with the logical framework of the program, the video's intent is to draw national attention to the need to reform the health care model in settlements that are home to over four million Peruvians and where, today, the AISPED itinerant brigades are the only alternative.
R 2.1.5 Regional vaccine rates for measles and DPT3 are 95% in the eight (8) targeted areas		
2.1.5.1 Rapid assessment of vaccines availability, budget and funds for immunizations in year 2009 and 2010	Feb 2011	Status: COMPLETED
2.1.5.2 Technical documents about local operative strategies in targeted regions with geographic references	Feb 2011	Status: COMPLETED
2.1.5.3 Promote immunization campaigns at the regional and local levels	Feb 2011	Status: COMPLETED In the framework of the closing of the program, as part of regional and central activities, the full transfer was made of the products and lessons learned by the Program in the field of communications and political advocacy work conducted at the national and regional levels. The closing ceremonies are completed. The promotional campaigns for immunizations have been conducted in all regions and from the DIRESA have spread to local levels -districts and small population centers- with contributions from the structures of health promotion, communications and the immunizations strategy. In the context of program closing, the balance of these activities in the last period (with the mass deployment of educational materials in the micro networks), should be reflected in better community knowledge of vaccines and finding related services, improving the demand and access.

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
2.1.5.4 Design a sustainability plan for vaccination of rural populations as part of the ESNI	Feb 2011	Status: COMPLETED • 09 Clinical Practice Guidelines were submitted to the DGSP - MoH to complete the official procedure (Annex No. 04: Umbral Letter 028-2011). The GPC of Pneumococcus and Rotavirus will have a complementary validation in the DGSP. The rest of GPC will continue their official processing in the MoH directly by the DGSP Advisor (Dr. Angulo). The DGSP - MoH will be responsible for subsequent actions to complete the process, its correctness, layout, recording and distribution nationwide. • Regarding the paperback version (friendly) of the Technical Regulation on Immunizations, it has been necessary to upgrade and adjust its content given that on January 28 2011 the new Technical Regulation No. 080 V-2 was approved which includes the HPV vaccine and modifies the immunization schedule for pneumococcal vaccine (Annex No. 05: RM 070-2011). MINSA - DGSP is responsible for the distribution to the regions (networks, micro networks and health facilities nationwide). • Regarding the Vaccination Solid Waste Management Primer, its technical process was completed, proceeding to its layout for subsequent recording and electronic distribution. The Primer is available to the MoH for printing and dissemination. (Annex No. 06: Vaccination Solid Waste Management Primer.) • Cost Study of the AISPED Brigades in Huánuco, Pasco and Madre de Dios, which is available to the MoH. (Annex No. 07: Cost Study of Itinerant Brigades.) • Cost-effectiveness study of the PSIA completed and released on CD, is available for transfer and dissemination to the central MoH and the regions with very important conclusions and considerations to be linked to reform of the primary care and universal insurance. Has been transferred to the DGSP - MoH. (Annex No. 08: CE Analysis Study of the AISPED Itinerant Brigades.) • Comprehensive proposal for the Plan for Sustainable Health Care for the Rural and Dispersed Population, concluded. This document has been transferred to the MoH and regional levels in electronic format. The proposal itself is an inclusive model of care for excluded and scattered populations, involving a proposed general policy, a specific health policy, applied empowerment of MAIS and the critical path for implementation. (Annex No. 09: Inclusive Care Model for Excluded and Scattered Populations.)
Subcomponent 2.2 Strengthening immunization management and logistics systems		
R.2.2.1 A detailed diagnostic study of the immunization program has been conducted and presented to USAID and the MoH		
2.2.1.1 Conduct a Baseline Study of immunizations system in 17 regions.	Feb 2011	Status: COMPLETED

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
R. 2.2.2 Findings and recommendations have been considered in the execution of this project		
2.2.2.1 Technical meetings held to adjust the Immunization Threshold Program	Feb 2011	Status: COMPLETED
R. 2.2.3 Cold chain system management is reinforced at a national level		
2.2.3.1 Update and implement a software program (SIGA) for a national cold chain inventory and quality management	Feb 2011	Status: COMPLETED The MEF provides, for purposes of training, software version 5.4.0 of the SIGA Logistics and Assets Module. It has been arranged through the PCM to maintain the coordination and monitoring mechanisms of progress on the registration, updating and use of the SIGA Assets module, with the implementation office of the Central MEF and MoH (OGA, ESNI) SIGA as technical monitoring group, as a regular activity related to the allocation of resources. The regions will be monitored and specifically the person responsible for controlling the assets of each Execution Unit in each health region.
2.2.3.2 Training in SIGA for the cold chain technicians	Feb 2011	Status: COMPLETED Training of the DIRESA Madre de Dios was concluded in the month of January, bringing the total trained staff to 471 persons, corresponding to 118 Execution Units nationwide (Annex No. 10: SIGA Asset Training Participants x Final EU).
R 2.2.4 Six – month virtual course on immunizations and cold chain system for 750 health workers		
Development and implementation of virtual course on immunizations (the activities under 2.2.4.1, 2.2.4.2 y 2.2.4.3 are included)	Feb 2011	Status: COMPLETED The Immunization Management Diploma was completed in January 2011. It lasted nine months, was developed in 370 chronological hours and awarded 22 academic credits recognized by the National University of Trujillo in the University Council Resolution No. 241-2010/UNT. Preparation of the Technical Document on lessons learned in the implementation of the Diploma Program, considering the magnitude of participants at the national level and the use and handling of the MINSA virtual platform, which contributes significantly to the institutionalization of the experience. (Annex No. 11 Lessons Learned in the Implementation of the Immunization Management Diploma Program in virtual mode.) In the transfer process the database of participants at the MoH level (DGSP and DGRRHH) and the decentralized instances such as the DIRESA across the country, has been delivered. The modular material of the program has been made available virtually, and it is also on the Threshold website in order to provide continuity and sustainability to the human resources training process in health in the different DIRESAS. In this sense, sustainability is being reflected in three sites that would perform the replication of the Diploma Program or modular courses in order to strengthen the capacities of

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
		health personnel, as in the case of Madre de Dios, Huancavelica and Apurimac.
R 2.2.5 The functionality of SISMED for the vaccination strategy has been improved and proper training has been imparted to users		
2.2.5.1 Coordination with the MoH (ESNI – DGSP – DIGEMID-OGA-DARES) and other USAID regulation enforcers so as to improve the performance of SISMED in the immunizations strategy.	Feb 2011	Status: COMPLETED The technical document is available on the 2009 - 2010 Vaccine Supply Chain, and has been transferred to the MOH - DGSP and regions in electronic version.
2.2.5.2 Design of an intervention plan along with the SISMED- OGA-DARES, to address the identified problems.	Jan-Feb 2011	Status: COMPLETED Technical documents are available on the vaccine supply chain Improvement Plans (national - regional) and have been transferred to the MOH - DGSP and regions in electronic version. To date, some improvements are designed and being implemented, especially regarding quality and security of shipments of vaccines. (Annex No. 12: Final Report on the Vaccines Logistics Process Improvement Plan in the national and regional level.)
Sub - component 2.3 Strengthen the Immunization Information System within the Ministry of Health both at the national and decentralized levels		
R 2.3.1 Integrated Immunization System (SIII) developed and implemented in the MoH and in 1,246 health facilities.		
2.3.1.1 Upgrading of the SIII	Feb 2011	Status: COMPLETED During this period, an innovative version of ARFSIS was distributed that optimizes previous immunizations reports and incorporates a new module for information import and export to send and receive data from handheld computers (PDA) to be used by AISPED brigades. Also, there is a new version of the SIASIS application that lets you download regional and national immunization reports: reports for the ESNI, immunizations oriented GIS indicators report, report for the HIS, raw data report.
2.3.1.2 Training in SIII	Feb 2011	Status: COMPLETED The process of training and supervision of SIII was completed with the monitoring workshop in the San Martin DIRESA. However, the political processes of change of regional governments and the short working period prevented the completion of this process in the 17 regions.
2.3.1.3 SIII Implementation	Feb 2011	Status: COMPLETED The workshop "Implementation of Integrated Information System for Immunizations and the technical standard for immunization indicators monitoring," took place on January 27 and 28, 2011 in Lima, with the participation of 35 persons belonging to the ESNI technical team and the National Immunizations Supervisors group. This group was trained to serve as supervisors of SIII.
R 2.3.2 1246 health facilities properly equipped to record and disseminate the information on children's immunization		

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
2.3.2.1 Purchase of 1,246 personal computers for health facilities	Feb 2011	Status: COMPLETED Documentation relating to the equipment donation process was completed. The program has Directorial Resolutions of donation acceptance, copies of Notes of Entry to Warehouse and final delivery PECOSAS, which demonstrate the entry and distribution of computer equipment to the regional offices and health centers.
R 2.3.3 151 itinerant brigades equipped with PDA and 90% thereof are using it properly		
2.3.3.1 Purchase of 151 PDAs and training in their use.	Feb 2011	Status: COMPLETED Documentation relating to the equipment donation process was completed. The 151 handheld computers (PDA) have been delivered to the 17 Regional Directorates of Health, with the issue of 10 Notes of Entry to Warehouse and 10 Resolutions of acceptance of donation.
2.3.3.2 Training in the use of the system	Feb 2011	Status: ADVANCED 3 replicas were made by regional officers trained in the national workshop held in December 2010, for the training of members of the AISPED brigades in the use of the PDA and the use of the MOBILE AISPED software: Cusco, La Libertad and Pasco. Training included the proper handling of the software, the maintenance of the item, and the property normalization.
R. 2.3.4 Geographical Information System (GIS) in eight (8) prioritized DIRESA's		
2.3.4.2 Purchase of license, digital maps, implementation and training.	Feb 2011	Status: COMPLETED A third version of the GIS software including the GIS maps of Cajamarca and San Martín was developed and distributed. We concluded the preparation of the indicators report for the GIS, oriented to immunizations in interaction with the SIASIS, thus completing the implementation of GIS in 10 regions.
R 2.3.5 Reduction of the time required to process and received decentralized information from the health facilities to the MoH.		
2.3.5.1 Basal study of times required to send and receive decentralized information at the central level	Feb 2011	Status: COMPLETED The report in the SIASIS software to measure the time between vaccination and entering it in the SIII was concluded. Also, another report that measures the time between the date of vaccination and consolidation at the national level.
2.3.5.2 Development of the SIII monitoring methodology.	Feb 2011	Status: COMPLETED The process was completed for validating the SIII monitoring methodology that is already used in the monitoring activities of the regions with input from field supervisors.
2.3.5.3 Technical assistance to improve and monitoring how information flows in the SIII.	Feb 2011	Status: CONTINUED PROCESS Monitoring of SIII at the local level was continued, which, used together with the registry opportunity report included

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
		in the ARFSIS, helps to improve and monitor the flow of vaccines, respectively.
2.3.5.4 Monthly report on the monitoring of the SIII performance	Feb 2011	Status: COMPLETED During this period a performance measurement of SIII was conducted in areas with higher levels of implementation and use of the SIII.
R.2.3.6 Reduction of the time required to receive the information produced by itinerant brigades from thirty (30) days to one week or less		
2.3.6.1 Measurement of the time used in sending information from the itinerant brigades	Feb 2011	Status: COMPLETED In January 2011 a measurement of time required by the AISPED brigades to supply information was performed.
2.3.6.2 Development of guidelines for the monitoring of brigades' activities and reports.	Feb 2011	Status: COMPLETED The dissemination of the norms of SIII was carried out in the training replicas in the use of PDA and MOBILE AISPED software.
2.3.6.3 Technical assistance to improve and monitor information flows in the SIII	Feb 2011	Status: INTERMEDIATE Local Program teams checked the appropriate use of the PDAs by itinerant brigades as a basic tool for information flow. This activity was carried out only in some regions, because several of them did not complete the distribution of the PDAs to the itinerant brigades (brigades dropout at beginning of year), pledging to do so in the short term.
2.3.6.4 Monthly report on the SIII system performance	Feb 2011	Status: COMPLETED Performance measurement of the SIII in the AISPED brigades was conducted in January 2011.
R. 2.3.7 A reduction of at least 50% in the occurrence of registry errors		
2.3.7.1 Measurement of registry errors	Feb 2011	Status: COMPLETED During the period January-February 2011 a measurement of the registry errors was made in areas with higher levels of implementation and use of the SIII.
2.3.7.2 Development of monitoring guidelines for registry errors	Feb 2011	Status: COMPLETED The follow up was performed of the process for formalizing the proposed Sanitary Technical Standard for Monitoring Immunization activities, developed with technical assistance by the Program, which officially defined the measurement of registry errors in immunization records. However, the MoH has suspended the approval process for the standard because a new national immunization scheme has just been approved.
2.3.7.3 Technical assistance to reduce error registry	Feb 2011	Status: CONTINUED PROCESS The training activities (2.3.1.2) and supervision (2.3.1.3) – described earlier– requires to be continued to reduce errors in the registry of immunizations in the SIII.
2.3.7.4 Quarterly performance audit report	Feb 2011	Status: CONCLUDED The SIII audit was conducted in January-February 2011,

ACTIVITY	DATE	RESULTS AND STATUS
		and enabled a performance profile of SIII.
R.2.3.10 External audit of the implemented SIII		
2.3.10.1 Selection of consultancy for the SIII audit	Feb 2011	Status: CONCLUDED The process of selection of consultants was completed in January 2011. Consultancy will be divided into 2: one directed to audit the SIII databases on the servers of the SIS and the other aimed at assessing the performance of SIII in health care and administrative levels.
2.3.10.2 Development of the SIII audit	Feb 2011	Status: CONCLUDED It was conducted in the period January-February 2011. (Annex No. 13: Final Report)

II. Challenges for Counter partners (2011 - 2012).

ACTIVITY	DATE	INTERVENTION
COMPONENT 2: IMMUNIZATIONS (2011 – 2012 - Future)		
Sub - component 2.1 Ensure immunization of rural children		
R 2.1.1 Equipment for itinerant brigades		
2.1.1.1 Purchase required equipment for the brigades	2011-12	The DIRESA-GRs take on the follow-up and verification that assigned equipment is being used appropriately. Also the scheduling of preventive and corrective maintenance of equipment. Lastly, estimate the renewal of equipment based on their useful life, within the framework of regional investment projects.
2.1.1.2 Strengthen inventory control for new and existing AISPED equipment. Design of guidelines for technical assistance on inventory system improvement plan.	2011-12	The DIRESA – GRs assume maintenance of the registration, follow-up and verification of the condition of the equipment donated to the itinerant brigades, through the periodically updated SIGA Asset program..
R 2.1.2 Five training workshops delivered in each of the 17 regional Health offices that concentrate all itinerant immunizations brigades		
2.1.2.1 Design of the training program for itinerant brigades	2011-12	Becomes the responsibility of the MoH (DGSP and DGRRHH) and the DIRESAs to continue the process in periodic cycles (at least once every two years) with players already trained in the regions, changing the strategic part of the design in content, methodology and affiliates with strategic players who are well-versed in the local, region and national health system.
2.1.2.2 Design and implementation of training for trainers.	2011-12	Among the lessons learned on the Training Program for AISPED itinerant brigades to excluded and dispersed populations, the Training of Regional Trainers has been relevant at operational levels, since it

ACTIVITY	DATE	INTERVENTION
		permits a greater possibility of recycling personnel and strengthening the local skills in the regions with regard to the National AISPED Strategy. Maintain the validity of the evaluation by triangulation because it allows verification of the performance of the regional trainers in the corresponding replications. The new regional authorities are in charge of using this personnel as standard in the role of trainers. Periodic cycles of training are recommended (at least once every two years).
2.1.2.3 Implementation of workshops intended for itinerant brigades (replications)	2011-12	The training program for itinerant brigades was particularly relevant and timely because there were many limitations in the training workshops and/or updates, and because effective work ties were established between the health personnel at the health facilities and the micro-networks with the AISPED itinerant brigades. Training is recommended every two years, revising the service requirements of the AISPED. In perspective, an important issue to consider is that, at the end of the training process, a point system for participants be considered within the personnel evaluation the following year. The Program recommends that the structure of the course should continue with its modular features, including the topics appropriate to the role of the brigade, but within a prioritization framework. Suggested topics to consider: Child Care and Immunizations (Module II), How to organize the community to encourage Preventive Health Practices (III), and First Aid (IV). The methodology designed for the training program has been efficient and effective, since it helped develop processes and the delivery of products as a result of the workshops. It is therefore recommended that it be continued. The face-to-face workshops should continue being held over three days, which makes them viable and avoids desertion by participants (it is worth noting that since the start of the program, everything has been developed in coordination with the DIRESAS and with the person in charge of AISPED, which was very productive since the training program schedules were executed within the foreseen times, except in specific cases due to a political/geographical situation).
2.1.2.4. Design of methodology/guidelines to follow up itinerant brigades performance	2011-12	Final validation, use and implementation of the Guidelines for performance, monitoring and supervision of the itinerant brigades are made the responsibility of MoH and the DIRESAS (technical document transferred to MoH-DGSP).

ACTIVITY	DATE	INTERVENTION
R 2.1.4 IEC and incidence campaign in the districts and communities where the brigades operate.		
2.1.4.1 Communications formative research Formative research regarding IEC campaign	2011-12	The qualitative study used reported very important conclusions for developing the messages that the Program has disseminated during this period. It is hoped that, in the near future, its results continue to nurture the decisions on communication and education of the community to achieve behavioral changes in the immunizations field. Additionally, it is recommended that: A follow-up or evaluation be made on the impact of the communications and promotional materials distributed on immunizations (national and regional).
2.1.4.2 Implement IEC and advocacy campaigns at the district and community levels (they include the activity 2.1.5.3).	2011-12	The campaigns carried out have, from a strategic point of view, a chain reaction of local lessons to sustain periodic health education activities. It is recommended that: Combined teams promoting health and immunizations carry out a decentralized investigation into the communications media and materials that best adapt to the rural population, in the context of community education.
R 2.1.5 The regional coverage for measles and DPT3 are 95% in the eight (8) prioritized regions		
2.1.5.1 Valuating of vaccine availability, budgeting and financing for immunizations in 2010	2011-12	It remains the responsibility of the MoH (DGSP, OGA, DARES) and the DIRESA-GRs to continue this monitoring, which proves to be important not only to ensure the physical availability but also to make rapid readjustments in distribution and programming. On budget and financing, continue monitoring the MEF friendly consultation on the execution of the budget.
2.1.5.2 Technical documents concerning local operative strategies in targeted regions with geographical references	2011-12	The DIRESA-GRs and the MoH take on the responsibility of maintaining the skills acquired to link the local operational strategies with the regional immunization plans and with the MEF's Budget by Results.
2.1.5.3 Promotion of regional and local vaccination campaigns	2011-12	Due to the nature of the promotion and communication strategies used (community and interpersonal) to strengthen the regular immunizations at primary care level, the evaluation of the effects of the communication campaigns should be taken on by all the regions and local governments as a challenge or a task by the promotion teams in the micro-networks, networks and regions.
2.1.5.4 Design of a sustainable immunization plan for the rural populations as part of the ESNI	2011-12	• Clinical Practices Guides (9 guides): the MoH-DGSP will take charge of the later actions to complete the process, correction, layout, recording and distribution nationwide. The diffusion of this material to the facilities, the training of personnel on the content, and a revision of these at least every two years is

ACTIVITY	DATE	INTERVENTION
		fundamental. • Regarding the pocket-size (friendly) version according to the latest Technical Regulations for Immunizations, the MoH through the DGSP will be in charge of distribution to the regions (networks, micro-networks and health facilities nationwide), since the format is helpful to the health personnel. • It will be important for the MoH and the regions to print out the Primer on Solid Waste Management from the electronic version, for use in the health services. • On the cost-effective study of the transferred AISPEDs, the following steps to be taken by MoH are the diffusion and technical meetings (central-regional) to discuss and revise the relevant decisions. • On the Sustainable Plan for health care services to the rural and dispersed populations, the following steps to be taken by MoH are the diffusion of the document and technical meetings (central-regional) to discuss and revise the relevant decisions, highlighting the territorial focus (most probably in relation to the reforms of primary level care and universal health insurance).
Sub - component 2.2 Strengthening of the immunization logistics and management systems		
2.2.1 A detailed diagnosis of the immunization strategy has been conducted and submitted to USAID and the MoH.		
2.2.1.1 Baseline study of immunizations system in 17 regions	2011-12	MoH is in charge of the feasibility for a periodic, comprehensive external evaluation of the ESNI by a qualified institution.
2.2.3 Reinforced cold chain management system nationwide		
2.2.3.1 Update and implement the SIGA software for cold chain inventory and quality management	2011-12	First promoted by the PCM and then proactively by each Annual Budget Cycle, the Technical Monitoring Team (Implementation Office of SIGA MEF Central and the MoH-OGA, ESNI) should be in charge of the software as a regular activity related to the assignment of resources and follow up the health regions (specifically, those responsible for asset control at each health Executor Unit).
2.2.3.2 Training of cold chain technicians in SIGA software	2011-12	The DIRESA-GRs, in coordination with MEF and the MoH, are responsible for conducting an annual training-updating for this personnel, using the experiences generated by the Threshold Immunizations (materials and methodology).
R 2.2.4 Six-month virtual course on immunizations and cold chain for 750 health workers		
Development and initial implementation of virtual course on immunizations	2011-12	Within the framework of the virtual course for the Immunizations Management Diploma, it is fundamental to maintain the coordination between the DGRRHH for the virtual platform and the ESNI-DGSP for the curricular grid. This will permit replications.

ACTIVITY	DATE	INTERVENTION
		It is the responsibility of the MoH and/or DIRESA to obtain academic credit from the local universities for the replications, with the corresponding curriculum (curricular grid, syllabus, module contents and profile of the tutors), since this will give academic accreditation and recognition to the participants. The work of preparing and adjusting the content of the modules for the course will be a periodic task to keep the information up-to-date with regard to current regulations and scientific knowledge. The duration of the course should avoid excessive delays, and certificates to be given per module developed and passed should be considered, in order to provide a strong incentive for the participants' continuity. It must be taken into account that throughout the country the connectivity is different and the most vulnerable areas for an unstable flow of Internet connectivity are Madre de Dios, Ucayali, Amazonas, Huanuco and Loreto. Among the lessons learned during the implementation process, it is advisable that a one-day, macro-regional face-to-face workshop be conducted to help participants improve their induction in the start-up and management of the virtual platform, to better optimize the timings (in the experience so far, a guide participated in the training and videos on access were available).
R 2.2.5 Design plan and training to improve logistics system management (related to SISMED and OGA-DARES)		
2.2.5.1 Coordination with the MoH and other cooperation implementers to improve SISMED, OGA-DARES performance in the immunization strategy.	2011-12	On the technical documents for the Vaccine Supply Chain 2009-2010 and the Improvement Plans for the vaccine supply chain (national – regional), the following steps to be taken by the MoH (OGA, DARES, DGSP, DIGEMID) and the Regional Governments will be to make a commitment to ensure an effective implementation, while other relevant instances (Public Ombudsman and Civil Society) should conduct a systematic monitoring of the implementation.
2.2.5.2 Design with SISMED, OGA-DARES of an intervention plan to channel the problems identified	2011-12	
Sub- component 2.3 Strengthening of the immunization information system within the Ministry of Health at the central and decentralized levels		
R 2.3.1 Integrated Immunization Information System (SIII) developed and implemented in the Ministry of Health and in 1,246 health facilities.		
2.3.1.1 Upgrade of SIII	2011-12	The SIS software that provides IT support to the SIII should be updated by the SIS according to the operational changes in the SIII and SIS.
2.3.1.2 Training in SIII	2011-12	The DIRESA-GRs and the SIS are responsible for the continuity in the complementary training processes necessary to implement the SIII in 100% of the health

ACTIVITY	DATE	INTERVENTION
		facilities in the country.
2.3.1.3 SIII Implementation	2011-12	The DIRESAS are responsible for the continuity in the complementary training processes necessary to implement the SIII in 100% of the health facilities in the country.
R 2.3.2 1,246 health facilities appropriately equipped to register and transmit the children vaccination information		
2.3.2.1 Purchase of 1,246 personal computers for health facilities	2011-12	The DIRESAs, with the framework of their functions, attributions and obligations, should supervise the correct use of the equipment, as well as its maintenance and protection.
R 2.3.3 151 itinerant brigades equipped with PDAs and 90% thereof use them appropriately		
2.3.3.1 Purchase of 151 PDAs and training in their use	2011-12	As part of their functions, attributions and obligations, the DIRESAs should supervise the correct use of the equipment as well as its maintenance and protection.
2.3.3.2 Training in the use of the system	2011-12	The DIRESAs will be in charge of updating and new training cycles.
R 2.3.4 Geographical information system in eight (8) DIRESAs		
2.3.4.1 Acquisition of computers and definition of GIS software	2011-12	Within their functions, attributions and obligations, the DIRESAs should supervise the correct use of the equipment, and their maintenance and protection.
2.3.4.2 Purchase of license, digital maps, implementation and training	2011-12	The free GIS software, its simplicity, and the availability of corresponding training materials facilitates the expansion of GIS to other administrative levels in the DIRESAs.
R 2.3.5 Reduction of the time to process and receive decentralized information from the health facilities to the MoH		
2.3.5.1 Basal study of times required to send and receive information at the central level	2011-12	Similar periodic studies should be conducted on a regular basis, at least once a year.
2.3.5.2 Development of SIII monitoring methodology	2011-12	The methodology for monitoring the SIII should be made official and incorporated into the protocol of comprehensive supervision of the immunizations, both at the national and regional levels.
2.3.5.3 Technical assistance to improve and monitoring how information flows in the SIII.	2011-12	The existence of reports on the opportunity of immunization information, in ARFSIS and SIASIS, greatly facilitate the monitoring and supervision of the information flow at all levels. The central level through SIS and ESNI should empower the technical assistance to the regions.
2.3.5.4 Monthly report on the monitoring of the SIII performance	2011-12	The levels in charge of the management, such as the players responsible for monitoring and supervision, should demand and use these monthly reports.

ACTIVITY	DATE	INTERVENTION
R.2.3.6 Reduction of the time required to receive the information produced by itinerant brigades from thirty (30) days to one week or less		
2.3.6.1 Basal measurement of the time used in sending information from the itinerant brigades	2011-12	Similar periodic studies should be conducted at least once a year.
2.3.6.2 Development of guidelines for the monitoring of brigades' activities and reports.	2011-12	The monitoring methodology used by the itinerant brigades connected to the SIII should be made official and incorporated within the comprehensive supervision protocol of immunizations both nationally and regionally.
2.3.6.3 Technical assistance to improve and monitor information flows in the SIII.	2011-12	The coded identification of the brigade members within the SIS applications will permit the automated monitoring and supervision of the flow and quality of information of this group of health workers.
2.3.6.4 Monthly monitoring of the system performance.	2011-12	The levels in charge of management, such as the players responsible for monitoring and supervision, should demand and use these monthly reports.
R.2.3.7 A reduction of at least 50% in the occurrence of registry errors		
2.3.7.1 Basal measurement of error registry	2011-12	Similar period studies should be conducted at least once a year.
2.3.7.2 Development of monitoring guidelines for registry errors.	2011-12	The methodology for monitoring the SIII should include this aspect and be officially recognized and incorporated within the comprehensive supervision protocol of immunizations both nationally and regionally.
2.3.7.3 Technical assistance to reduce error registry.	2011-12	The DIRESAs are responsible for supervising the SIII in the health services on a periodic and systematic basis in order to reduce error registry.
2.3.7.4 Quarterly performance audit report.	2011-12	The levels in charge of management, such as the players responsible for the monitoring and supervision, should demand and use these quarterly reports.
R.2.3.10 External audit of the implemented SIII		
2.3.10.1 Selection of consultancy for the SIII audit.	2011-12	An annual audit is recommended.
2.3.10.2 Development of SIII audit.	2011-12	An annual audit is recommended.

IV. Results Monitoring and Reporting

Results and Successes:
The following results were achieved in the current period:

- Training module materials for the AISPED itinerant brigades (trainers, strategies, methodology and content), available for replication and regional induction.
- Base document available on technical guidelines for follow-ups, monitoring, supervision, and evaluation of the AISPED itinerant brigades.
- Documentary video that about the work of the AISPED itinerant brigades available for distribution. Filming in the field was carried out on three remote routes in Cajamarca, Loreto and Puno and the documentary looks at the challenges posed by the coverage to dispersed populations.
- Video with animated characters on the logistics process available for vaccines. This video, in an easily understood and accessible manner, deals with the complex chain of decisions that surrounds the measurable results for a vaccinated child.
- Study available on the Cost-Effective Analysis of the AISPED Itinerant Brigades.
- Document on the systematization of the budgetary process for operational costs of immunizations 2009-2010.
- Technical paper on the Plan for Sustainable Health Care to the Rural and Dispersed Populations available for discussion.
- Basic primer on solid waste management applied to immunizations, for use by health facilities, available.
- User-friendly version of the immunizations regulations for use by personnel at the health facilities, available.
- Personnel trained nationwide at the Health Executor Units in the use of the updated version of SIGA Asset software (5.4.0) for registry of cold chain products.
- The Immunization Management Diploma course concluded with 783 participants nationwide who satisfactorily completed the specialization with accreditation by the Universidad Nacional de Trujillo Graduate School.
- Modular training material for the Immunization Management Diploma course (strategies, methodology and content), available for regional replications and inductions.
- Analysis of the surveys conducted by Instituto Cuanto S.A. is available. The results of this survey, due to the design of the methodology, have great external value for the purposes of discussion and revision by the Ministry of Health (DGSP, DGE, DGEI).
- Plan for Improvement of the Logistics Processes of Immunizations for the central and regional levels, available.
- National Training Workshop in the management of the Integrated Immunizations Information System (SIII), especially directed to the ESNI technical team and the group of National Immunization Supervisors.
- Activities to strengthen the SIII in Callao, Pasco, Cusco, San Martin and La Libertad.
- Regional training sessions for the use of hand-held computers (PDAs) and the AISPED MOBILE software for the registry of immunizations by the itinerant health brigades.
- Distribution was made of the optimized versions of the SIS software, both in the desktop version (ARFSIS) as in the web version (SIASIS).
- Distribution was made of the third version of the GIS software, which will help continue the process of implementing the Geographic Information System for immunizations in 10 regions.
- The measurement of the MCC indicators related to SIII was completed.

Lessons Learned

In the work that involved the Training Programs provided by the Immunization Threshold (AISPED Itinerant Brigades, Immunizations Management Diploma course, SIGA Asset Module, etc), the following lessons learned should be mentioned:

- During the entire process, validate the premises of costs, institutionalization, the program's management model, methodologies and content appropriate to the beneficiary. These not only foster and improve the execution of the program but also the possibilities of continuity, sustainability and complementary actions with other institutional efforts.
- Working jointly with all the health offices involved, in order to secure the commitment and recognition of the processes and products of the training program.
- The design by modules or sections ensures internal and external coherence of the training process, as well as spacing the times and organizing the adjustment of content.
- Academic accreditation as well as tutoring, evaluation, follow-up and recognition by sections or segments along the learning curve are powerful incentives for the participants.
- Linking the daily processes between the work of the participants, the State's regular operational systems and the larger national policies is key to maintain participation, fill gaps or deficiencies and reinforce the motivation in immediately applying the knowledge acquired.

In the communication efforts towards a change in behavior and promotion of immunizations:

- The need of a formative study, the basis for formulating messages, communication materials and the promotion of immunizations has proved extremely useful.
- The distribution of centrally-produced vaccine promotional materials is a critical issue. We recommend that the budget for distribution be similar to editorial/publishing costs.
- The above requires exploring the possibility of decentralizing the publishing, explore if the regions have the capability of printing the materials, which nevertheless have to be designed centrally because of the specialized design and uniform messages.
- The strengthening of skills of the regional and local health communication and promotion teams is a continual need in a context in which it is possible to develop forms of community education and foster community alliances to raise the level of knowledge of the rural populations.
- In an environment in which the use of images is a generalized practice, it is recommendable that a program with a high content of communication such as this should incorporate audiovisual production right from the initial planning stage.

In the work involving the immunization information system, the following lessons are noteworthy:

- The partial implementation of the Budget by Results creates a weak incentive to achieve coverage, and thus in the use of information that guides this objective. A full

implementation of the Budget by Results will generate intense motivation to attain the immunization coverage goals and, consequently, to use the information.

- The limited use of information in managing immunizations does not promote its implementation or the application of quality control mechanisms on the data. Only a demand for better information by those in management and decision-making positions will encourage the use of systematic measures to control the quality and opportunity of the data.
- The individual identity of each person vaccinated is indispensable for the follow-up and building of results indicators. The follow-up at the local level can be made with only names and surnames, but the follow-up at higher levels requires that the children have their DNI (identity card). Ensuring that 100% of the children under 5 years of age have a DNI will permit the identification and location of the 10-15% of children who are not vaccinated every year.
- The implementation of a new information system needs at least 4 months of operation - with an efficient and motivated local work team- to produce results good enough to allow the use of information for decision-making.
- A GIS can be implemented at low cost and in a short time. The critical factors for achieving successful implementation is good learning material, a freely distributed software and data that can be automatically imported into the GIS application.
- The maintenance of computer equipment is not identified as a key activity for the functioning of the Integrated Information System Immunization (SIII), but it should be. Consequently, planning is not performed and there are no specialized personnel in this task. The new management requirements involved in the implementation of the Budgeting for Results (BfR) initiative will result in a search for more and better information which, in turn, will promote better logistical support of the information system.

In the work referred to the Monitoring and Evaluation activities the most important lessons learned are:

- The M&E activities of the program contributed to increased doses and coverage in children of under 2 years of age, within a context of competing for the use of resources (staff, storage, picking up of vaccines) with other populations (for example, the national vaccination campaign with HVB and AH1N1 which were very intense in the use of personnel and storage capacity).
- The system of M&E implemented favored a more laborious but more sustainable line of work in the absence of the Program, which sought to strengthen the staff's own capabilities and competencies ranging from the most basic such as managing a spreadsheet to monitor doses to the most advanced, such as linking regional immunization plans with budget programming in the BfR SIGA tool. The central idea has been to strengthen the public health system regarding immunizations to contribute to institutional development, as institutions include the human group that comprises them. A lesson learned is that this process may provide less immediate results, but will be more sustainable over time.
- It has been extremely important to follow the strategy of providing tools to improve service management from the health facilities, the networks, to the micro networks,

trying to link/align daily activities of staff with the operationalization of public policies (among the most important,, fully vaccinated children, child care registry based on the DNI, SIS insured children, immunization waste management for environmental care). This linkage has been seen as an essential means to achieve change.

- The groundwork is laid in order that the support to this process to be borne mainly by the regional health authorities in the matters of immunization, training and promotion.

Annex No. 1: Letter to USAID´s Knowledge Services Center

Abt Associates Inc.

March 30, 2011

Knowledge Services Center
Ronald Reagan Building M.01
1300 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, DC 20523

RE: Abt Associates - TASC3 Peru MCC - Submittal of Technical documents and audiovisual materials (Spanish)

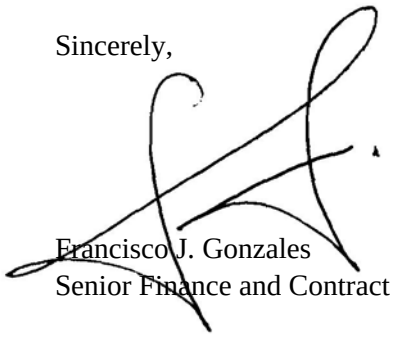
To whom it may concern,

Please find enclosed two (02) copies of all of the technical documents and audiovisual materials (both in Spanish) produced under the TASC3 Peru MCC project (GHS-I-00-07-00003-00 Task Order 365). The bibliographic information for these products are as follows:

- Author's name: Abt Associates Inc.
- Descriptive title: Virtual library of technical documents and audiovisual materials (October 2008 – February 2011)
- Program, activity, or project number: TASC3 Peru MCC (GHS-I-00-07-00003-00 Task Order 365).
- Sponsoring USAID office and contract or agreement number: USAID/Peru, GHS-I-00-07-00003-00 Task Order 365.
- Contractor name: Abt Associates Inc.
- Date of publication: February 28, 2011

If you have any questions please do not hesitate in contacting me at (301) 347-5361 or at francisco_gonzales@abtassoc.com.

Sincerely,



Francisco J. Gonzales
Senior Finance and Contract Manager

Annex No. 2: Report of Goods Donated to the itinerant brigades with NEA / 17 regions.

OFICIO N° 608 -2011-DM/MINSA

Lima, 14 MAR. 2011

Señora
ADA PASTOR GOYZUETA
JEFE
PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES
USAID - PERÚ
Francisco Masías 544 Piso 13
San Isidro.-

REF: Exp. Nº 11-021709-001

Me dirijo a usted para saludarla y agradecerle el gentil envío de **10 DVDs conteniendo la Biblioteca Virtual de Documentos Técnicos y Materiales Audiovisuales del Programa Umbral de Inmunizaciones MCC USAID.**

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD - MINISTRO - REPÚBLICA DEL PERÚ

OSCAR UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

Annex No. 3: Guidelines for Following, Control and Supervision of the AISPED brigades.

ACTA DE ENTREGA – RECEPCIÓN DE EQUIPOS Y MOBILIARIO DONADO POR EL PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LA PERSONAS – MINISTERIO DE SALUD

Siendo las 17.00 horas del día 28 de febrero del 2011; reunidos en la oficina central del Programa Umbral de Inmunizaciones ubicada en calle Francisco Masías N° 544 piso 13 distrito de San Isidro, las siguientes personas:

	Nombres y Apellidos	Cargo	DNI	Teléfono
1	Dra. Ada Pastor Goyzueta	Jefa del Programa Umbral de Inmunizaciones	25676183	997 209 668
2	Sra. María Castañeda Betancour	Especialista de Administración y Finanzas	25778397	417 6016
3	Econ. Luis Tavera Salazar	Especialista de Administración y Logística	08036463	999 380 688
4	Dr. Carlos Manuel Acosta Saal	Director General de Salud de las Personas	09335006	315 6600 Anexo 2700
5	Lic. Enf. Martha Velásquez de Castillo	Representante de la Dirección General de Salud de las Personas	07959412	315 6600 Anexo 2704

en representación del Programa Umbral de Inmunizaciones y de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

Con la finalidad de formalizar la entrega – recepción de los bienes que se describen en el Anexo 1 y Anexo 2, cuyo monto asciende a la suma de **Quince mil doscientos sesenta y tres con 05/100 Dólares americanos (US $ 15,263.05)**:

ANEXO 1

RELACIÓN DE EQUIPOS AUTORIZADO PARA DONACIÓN AL MINISTERIO DE SALUD

Orden	Descripción del bien	Marca	Modelo	Serie	Valor US $	Código	Estado	Características	Ubicación
1	Ventilador	Miray	VMC-45		14.67	2	Bueno	Color plomo, 30 cm, potencia: 48w	DGSP-DG
2	Ventilador	Miray	VMC-45		14.67	3	Bueno	Color plomo, 30 cm, potencia: 48w	DGSP-DG
3	Ventilador	Miray	VMC-45		14.67	4	Bueno	Color plomo, 30 cm, potencia: 48w	DGSP-DG
4	Hervidor eléctrico	Zojirushi	CW-PZQ30H		126.74	87	Bueno	Color marrón, capacidad 3.0 litros	DGSP-DG
5	Data switch	D-Link			73.25	90	Bueno	24 puertos	ESNTB-UT
6	Cámara fotográfica digital	Panasonic	Lumix DMC-FS3	WL8JB007778	136.92	306	Bueno	Contiene: 1) Batería con estuche, 2) Cargador de batería, 3) Cable de conexión USB, 4) Cable AV, 5) CD-Rom Software, 6) CD-Rom Instrucciones de funcionamiento, 7) Correa,	DGSP-DG

								8)Tarjeta de memoria Panasonic de 2 GB con estuche, 9) Estuche Porta cámara de tela plastificada, 10) Manuales	
7	Impresora laser	HP	M2727NF	SCNG89DKSC3	395.26	309	Bueno	Multifuncional, Color humo; incluye dos cartuchos nuevos	ESNI
8	Proyector multimedia	EPSON	WXGA 3LCD	L7UF892188L	1,193.85	308	Bueno	Color negro, Incluye: 1) Ecran 2) Foco de repuesto, 3) Control remoto, con dos pilas, 4) Cable de poder, 5) Cable conector a PC, 6) Clable USB, color blanco, 7) Estuche original	DAIS
9	Lap top	HP	420 T6570 XD196LA	SCNU0233R76	627.43	9970	Nuevo	Solo cuenta con Licencia de sistema operativo, pantalla 14", disco duro 320GB, Memoria 3GB	DAIS
10	Lap top	HP	420 T6570 XD196LA	SCNU024064Z	627.43	9971	Nuevo	Solo cuenta con Licencia de sistema operativo, pantalla 14", disco duro 320GB, Memoria 3GB	DGSP-DG
11	Lap top	HP	420 T6570 XD196LA	SCNU02407X1	627.43	9972	Nuevo	Solo cuenta con Licencia de sistema operativo, pantalla 14", disco duro 320GB, Memoria 3GB	DGSP-DG
12	Lap top	HP	420 T6570 XD196LA	SCNU0233RFX	627.43	9973	Nuevo	Solo cuenta con Licencia de sistema operativo, pantalla 14", disco duro 320GB, Memoria 3GB	DGSP-DG
13	Scaner	HP	Scanjet G2710	SCN08RA50MS	106.27	9974	Nuevo	Color blanco	DGSP-UA
	Total equipos				4,586.02				

ANEXO 2

RELACIÓN DE MOBILIARIO AUTORIZADO PARA DONACIÓN AL MINISTERIO DE SALUD

Orden	Descripción del bien	Calidad / color	Valor US $	Código	Estado	Ubicación
1	Módulo de 8 estaciones de trabajo	Metal con melamine		11 a 18	Regular	ESNTB-UT
2	Módulo de 5 estaciones de trabajo	Metal con melamine		19 a 23	Regular	ESNTB-UT
3	Sillón giratorio	Tapiz color negro		24	Mal	DGSP-DG
4	Sillón giratorio	Tapiz color negro		25	Mal	DGSP-DG
5	Sillón giratorio	Tapiz color negro		26	Mal	DGSP-DG
6	Sillón giratorio	Tapiz color negro		27	Mal	DGSP-DG
7	Sillón giratorio	Tapiz color negro		28	Mal	DGSP-DG
8	Sillón giratorio	Tapiz color negro		29	Mal	DGSP-DG
9	Sillón giratorio	Tapiz color negro		30	Mal	DGSP-DG
10	Sillón giratorio	Tapiz color negro		31	Mal	DGSP-DG
11	Sillón giratorio	Tapiz color negro		32	Mal	DGSP-DG
12	Credenza de dos puertas	Melamine		54	Regular	ESNTB-UT
13	Librero con dos puertas	Metal con melamine		60	Regular	ESNTB-UT
14	Estante con divisiones de vidrio y 3 puertas	Metal, melamine y vidrio		63	Regular	ESNTB-UT
15	Credenza de dos cajones	Metal		65	Regular	ESNTB-UT
16	Credenza de tres puertas y tres cajones	Metal con melamine		66	Regular	ESNTB-UT
17	Credenza de dos puertas – medio	Metal con melamine		67	Regular	ESNTB-UT
18	Credenza de dos puertas – medio	Metal con melamine		68	Regular	ESNTB-UT
19	Estante medio	Melamine		70	Regular	ESNTB-UT
	Sub total mobiliario		10,549.67			
20	Pizarra de pared 1.20 x 0.80 mts	Acrílica blanca	50.98	93	Bueno	DGSP-DG
21	Rotafolio con parantes de aluminio 1.00 x 0.80 mts	Acrílico blanco	76.38	95	Bueno	DGSP-DG
	Total mobiliario		10,677.03			

La presente entrega se realiza de acuerdo a lo señalado en la Carta Nº 076 – 2011 de fecha 25 de febrero del 2011, suscrita por la Dra. Ada Pastor Goyzueta, Jefa del Programa Umbral de Inmunizaciones; en aplicación de la autorización expresada por la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID – Perú), en su comunicación RCO PER 079/2011 de fecha 25 de febrero del 2011, dirigida a Ms. Kathleen Novak, representante de Abt Associates, contratista principal del Programa Umbral de Inmunizaciones.

La Dirección General de Salud de las Personas se compromete a gestionar la respectiva Resolución de aceptación de donación, en la que deberá indicarse el destino específico de cada uno de los bienes donados.

Los indicados bienes serán registrados y controlados de acuerdo a lo establecido por la Superintendencia de Bienes Nacionales y el sistema SIGA.

Por el Programa Umbral de Inmunizaciones:

Ada PASTOR GOYZUETA
Jefa

Luis TAVERA SALAZAR
Especialista de Administración y Logística

María CASTAÑEDA BETANCOUR
Especialista de Administración y Finanzas

Por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud

Carlos Manuel ACOSTA SAAL
Director General

Martha VELÁSQUEZ DE CASTILLO
Representante de la Dirección General de Salud de las Personas

ACTA DE ENTREGA – RECEPCIÓN DE EQUIPOS Y MOBILIARIO DONADO POR EL PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Siendo las 17.00 horas del día 28 de febrero del 2011; reunidos en la oficina central del Programa Umbral de Inmunizaciones ubicada en calle Francisco Masías Nº 544 piso 13 distrito de San Isidro, las siguientes personas:

	Nombres y Apellidos	Cargo	DNI	Teléfono
1	Dra. Ada Pastor Goyzueta	Jefa del Programa Umbral de Inmunizaciones	25676183	997 209 668
2	Sra. María Castañeda Betancour	Especialista de Administración y Finanzas	25778397	417 6016
3	Econ. Luis Tavera Salazar	Especialista de Administración y Logística	08036463	999 380 688
4	CPC Bertha Charca Pineda	Jefa de la Oficina de Administración del Seguro Integral de Salud	08084720	987 560 175
5	Ing. Iván Guillén Cárdenas	Sub Gerente de Logística del Seguro Integral de Salud	08546583	987 560 182
6	Lic. Carmen Vivanco Aronés	Especialista en Control Patrimonial del Seguro Integral de Salud	09726963	965 720 991

en representación del Programa Umbral de Inmunizaciones y de la Jefatura del Seguro Integral de Salud.

Con la finalidad de formalizar la entrega – recepción de los bienes que se describen en el Anexo 1 y Anexo 2, cuyo monto asciende a la suma de **Quince mil seiscientos noventa y siete con 71/100 Dólares americanos (US $ 15,697.71)**:

ANEXO 1

RELACIÓN DE EQUIPOS AUTORIZADO PARA DONACIÓN AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Orden	Descripción del bien	Marca	Modelo	Serie	Valor US $	Código	Estado	Características	Ubicación
1	Data switch	3COM	3C16470B	AC/9N4QA10040338	68.80	1	Bueno	16 PUERTOS	Soporte Técnico
2	Ventilador	Miray	VMC-45	s/n	14.67	5	Bueno	Color plomo, 30 cm, potencia: 48w	Gerencia de Mercadeo
3	Ventilador	Miray	VMC-45	s/n	14.67	6	Bueno	Color plomo, 30 cm, potencia: 48w	Gerencia de Operaciones
4	Ventilador	Miray	VMC-45	s/n	14.67	7	Bueno	Color plomo, 30 cm, potencia: 48w	Gerencia de Financiamiento
5	Ventilador	Miray	VMC-45	s/n	14.67	8	Bueno	Color plomo, 30 cm, potencia: 48w	Gerencia de Operaciones
6	Fax	Panasonic	KX-FP703	81BBB002205	165.40	88	Bueno	Incluye un cartucho de repuesto	Oficina de Administración
7	Celular	Blackberry	PST 2117 8320	IMEI 358281010972390	109.26	89	Bueno	Incluye: a) Estuche de cuero, b) Cargador, c) Cable USB d) Audifonos, e) CDs	Sub Gerencia de Logística
8	Purificador de agua	Filtroplas	PASO 2	2/220409	55.68	91	Bueno		Jefatura del SIS
9	Lámpara de escritorio	s/m	HD2402	s/n	13.93	96	Bueno	60W HD2402	Jefatura del SIS
10	Software SPSS	IBM SPSS	Statistics 19	10251736	1,286.85	97	Bueno	Licencia al 29 de julio 2011	Soporte Técnico
11	Impresora laser	HP	M2727NF	5CND989BGDC	260.32	307	Bueno	Incluye dos cartuchos de repuesto	Jefatura del SIS

12	Lap top	DELL	VOSTRO 1310	HPY66H1	284.95	301	Bueno	Cuenta con: Procesador Corel2 DUO, Memoria Ram de 2.0GB, Disco duro de 160GB; cargador. No incluye licencia Microsoft office, ni antivirus	Soporte Técnico
13	Lap top	DELL	VOSTRO 1310	6QY66H1	284.95	302	Bueno	Cuenta con: Procesador Corel2 DUO, Memoria Ram de 2.0GB, Disco duro de 160GB, Mouse y cargador. No incluye licencia Microsoft office, ni antivirus	Soporte Técnico
14	Lap top	DELL	VOSTRO 1310	G8Y66H1	284.95	303	Bueno	Cuenta con: Procesador Corel2 DUO, Memoria Ram de 2.0GB, Disco duro de 160GB, Mouse (147336400194), Teclado numérico externo y cargador. No incluye licencia Microsoft office, ni antivirus	Soporte Técnico
15	Lap top	HP	2230S	CNU91430JX	340.69	304	Bueno	Cuenta con: Procesador Corel2 DUO, Memoria Ram de 2.0GB, Disco duro de 160GB. No incluye licencia Microsoft office, ni antivirus	Soporte Técnico
					3,214.46				

ANEXO 2

RELACIÓN DE MOBILIARIO AUTORIZADO PARA DONACIÓN AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Orden	Descripción del bien	Calidad / color	Valor US $	Código	Estado	Ubicación
1	Módulo de recepción	Metal con melamine		10	Regular	Gerencia de Mercadeo
2	Sillón giratorio	Tapiz color negro		33	Mal	Sub Gerencia de Logística
3	Sillón giratorio	Tapiz color negro		34	Mal	Sub Gerencia de Logística
4	Sillón giratorio	Tapiz color negro		35	Mal	Sub Gerencia de Contabilidad
5	Sillón giratorio	Tapiz color negro		36	Mal	Sub Gerencia de Personal
6	Sillón giratorio	Tapiz color negro		37	Mal	Sub Gerencia de Logística
7	Sillón giratorio	Tapiz color negro		38	Mal	Sub Gerencia de Logística
8	Sillón giratorio	Tapiz color negro		39	Mal	Sub Gerencia de Personal
9	Sillón giratorio	Tapiz color negro		40	Mal	Sub Gerencia de Personal
10	Sillón giratorio	Tapiz color negro		41	Mal	Sub Gerencia de Logística

11	Ocho sillones de Directorio	Tapiz de Cuerina, color negro		42 a 49	Regular	Jefatura del SIS
12	Mesa de Directorio	metal con melanina		50	Regular	Sub Jefatura del SIS
13	Escritorio de Gerencia	metal con melanina		51	Regular	Jefatura del SIS
14	Escritorio de Gerencia	metal con melanina		52	Regular	Sub Jefatura del SIS
15	Módulo de Gerencia con armario	metal con melanina		53	Regular	Jefatura del SIS
16	Cuatro sillones	Cuero, color negro		55 a 58	Regular	Jefatura del SIS
17	Librero con dos puertas	metal con melanina		59	Regular	Sub Jefatura del SIS
18	Estante 6 divisiones y 2 puertas corredizas	Madera		61	Regular	Sub Gerencia de Personal
19	Cajonera	metal con melanina		62	Regular	Jefatura del SIS
20	Credenza de tres cajones	metal		64	Regular	Oficina de Planeamiento y Desarrollo
21	Gabinete de 2 puertas	metal con melanina		69	Regular	Oficina de Administración
22	Horno microondas	LG Modelo: MB-1442DO Serie: 60TAQP00628		72	Regular	Oficina de Administración
23	Refrigeradora	Electro lux Modelo: R-3300 BL Serie: TH34595268		73	Regular	Sub Gerencia de Logística
	Sub total mobiliario		12,355.89			
24	Pizarra de pared 1.20 x 0.80 mts	Acrilica blanca	50.98	92	Bueno	Sub Gerencia de Logística
25	Rotafolio con parantes de aluminio 1.00 x 0.80 mts	Acrílico blanco	76.38	94	Bueno	Sub Gerencia de Logística
	Total mobiliario		12,483.25			

La presente entrega se realiza de acuerdo a lo señalado en la Carta Nº 077 – 2011 de fecha 25 de febrero del 2011, suscrita por la Dra. Ada Pastor Goyzueta, Jefa del Programa Umbral de Inmunizaciones; en aplicación de la autorización expresada por la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID – Perú), en su comunicación RCO PER 079/2011 de fecha 25 de febrero del 2011, dirigida a Ms. Kathleen Novak, representante de Abt Associates, contratista principal del Programa Umbral de Inmunizaciones, quien a través de la carta adjunta otorga poder a la Dra. Ada Pastor Goyzueta, para suscribir la donación.

El Seguro Integral de Salud se compromete a emitir la respectiva Resolución de aceptación de donación, en la que deberá indicarse el destino especifico de cada uno de los bienes donados.

Los indicados bienes serán registrados y controlados de acuerdo a lo establecido por la Superintendencia de Bienes Nacionales y el sistema SIGA.

Por el Programa Umbral de Inmunizaciones:

Ada PASTOR GOYZUETA
Jefa

Por el Seguro Integral de Salud:

Bertha CHARCA PINEDA
Jefa de la Oficina de Administración

Luis TAVERA SALAZAR
Especialista Administración y Logística

Iván GUILLÉN CÁRDENAS
Sub Gerente de Logística

María CASTAÑEDA BETANCOUR
Especialista Administración y Finanzas

Carmen VIVANCO ARONÉS
Especialista de Control Patrimonial

ACTA DE ENTREGA – RECEPCIÓN DE EQUIPO TRANSFERIDO POR EL PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES AL PROYECTO POLITICAS DE SALUD

Siendo las 12.00 horas del día 28 de febrero del 2011; reunidos en la oficina central del Programa Umbral de Inmunizaciones ubicada en calle Francisco Masías Nº 544 piso 13 distrito de San Isidro, las siguientes personas:

	Nombres y Apellidos	Cargo	DNI	Teléfono
1	Dra. Ada Pastor Goyzueta	Jefa del Programa Umbral	25676183	997299668
2	Econ. Víctor Llontop	Administrador Proyecto en Políticas en Salud	06217339	4176000
3	Econ. Luis Tavera Salazar	Especialista de Logística Programa Umbral	08036463	999380688
4	Sr. Edwin Silvera Rojas	Asistente de administración Políticas en Salud	09648116	417 6000

en representación del Proyecto en Políticas en Salud y del Programa Umbral de Inmunizaciones.

Con la finalidad de formalizar la entrega – recepción de los bienes que se describen en el siguiente cuadro:

RELACIÓN DE BIENES AUTORIZADOS PARA DONACIÓN AL PROYECTO DE POLITICAS DE SALUD

Orden	Descripción del bien	Marca	Modelo	Serie	Valor US $	Código	Estado	Características
1	Ecran	3M			77.65	9	Bueno	
2	LAP TOP	HP	2230S T9600 4096	CNU92207DS	1,547.00	98	Bueno	
3	LAP TOP	HP	2230S T9600 4096	CNU92207GP	1,547.00	99	Bueno	
4	Servidor	HP	Proliant ML 350 G5	MXQ8280820	739.01	100	Bueno	
5	LAP TOP	HP	2230S T9600 4096	CNU922083P	1,547.00	102	Bueno	
6	PC	HP	DC7900 CMT	MXJ93904V8	878.17	103	Bueno	Incluye Estabilizador de voltaje, teclado y mouse
7	Monitor	HP	L1910	CNC923PZ58	138.02	104	Bueno	
8	PC	HP	DC7900 CMT	MXJ93904VF	878.17	105	Bueno	Incluye Estabilizador de voltaje, teclado y mouse
9	Monitor	HP	L1910	CNC92809CP	138.02	106	Bueno	
10	PC	HP	DC7900 CMT	MXJ93904V9	878.17	107	Bueno	
11	Monitor	HP	L1910	CNC923PZ4F	138.02	108	Bueno	
12	PC	HP	DC7900 CMT	MXJ93904VB	878.17	109	Bueno	Incluye Estabilizador de voltaje, teclado y mouse
13	Monitor	HP	L1910	CNC923P4XL	138.02	110	Bueno	
14	PC	HP	DC7900 CMT	MXJ93904V7	878.17	111	Bueno	
15	Monitor	HP	L1910	CNK92809H6	138.02	112	Bueno	
16	PC	HP	DC7900 CMT	MXJ93904VC	878.17	113	Bueno	Incluye Estabilizador de voltaje, teclado y mouse
17	Monitor	HP	L1910	CNK92809H2	138.02	114	Bueno	
18	PC	HP	DC7900 CMT	MXJ93904VD	878.17	115	Bueno	Incluye Estabilizador de voltaje, teclado y mouse

19	Monitor	HP	L1910	CNK92808LL	138.02	116	Bueno	
20	LAP TOP	DELL	Studio 155817 PP39L	DR108M1	1,729.24	119	Nuevo	Incluye maletín DELL
21	Aire acondicionado	LG	92DRA-NA3925	212KA01310	1	120	Regular	24000 BTU

Además de hace entrega de los siguientes equipos prestados al Programa Umbral de Inmunizaciones

a) CPU Compatible Código 056851
b) CPU Compatible Código 056875
c) CPU Compatible Código 056884
d) Monitor marca View Sonic Código 056852
e) Monitor marca View Sonic Código 056885
f) Monitor marca View Sonic Código 056855

La presente entrega se realiza de acuerdo a la autorización expresada en la Carta RCO PER 079/2011 de fecha 25 de febrero del 2011; suscrita por la Sra. Cynthia L. SHARTZER, Oficial Regional de Contratos de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID – Perú).

Suscriben la presente Acta, a las 12:00 horas del día 28 de Febrero del 2011.

ADA PASTOR
DNI 25676183

Luis Tarea S.
DNI 08036463

Victor Montoya
DNI: 06217339

Edwin Silva
DNI 09648116

Annex No. 4: Umbral Letter 028-2011

ANEXO N° 04

REPORTE DE ITEMS ASIGNADOS A EQUIPOS AISPED, CON NEA GENERADA

REGIÓN DE SALUD		Nº de items asignados	Nº de items con NEA generada	% de items con NEA generada
1	AMAZONAS	42	41	97.62%
2	ANCASH	41	41	100.00%
3	APURIMAC	41	40	97.56%
4	AYACUCHO	42	42	100.00%
5	CAJAMARCA	42	42	100.00%
6	CUSCO	42	41	97.62%
7	HUANCAVELICA	41	41	100.00%
8	HUÁNUCO	42	42	100.00%
9	ICA	41	41	100.00%
10	JUNÍN	41	41	100.00%
11	LA LIBERTAD	41	41	100.00%
12	LORETO	42	41	97.62%
13	MADRE DE DIOS	42	41	97.62%
14	PASCO	42	42	100.00%
15	PUNO	41	41	100.00%
16	SAN MARTÍN	42	41	97.62%
17	UCAYALI	42	42	100.00%
		707	701	99.15%

Nota.-

a) NEA: Nota de Entrada al Almacén

b) Las Regiones que tienen asignados 41 items, no han recibido chaleco de flotación para río

Annex No. 5: RM 070-2011

ANNEX 5

GUÍA DE SUPERVISIÓN Y MONITOREO DE BRIGADAS ITINERANTES DE SALUD

FINALIDAD

Proporcionar a los responsables de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS)[1] herramientas de supervisión, monitoreo y evaluación, que les permitan garantizar que las actividades sean ejecutadas según lo previsto, dar instrucciones para mejorar la calidad de la atención en las comunidades, asegurarse del cumplimiento de las políticas y los procedimientos y establecer mecanismos de control que aseguren la continuidad, oportunidad y eficacia de la atención de salud de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS).

2. OBJETIVO GENERAL

Promover la generación y fortalecimiento de capacidades técnicas del recurso humano integrante de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS), orientadas a la mejora del desempeño en los procesos de gestión y prestación de servicios de salud, aplicando un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad en salud, en el marco de la Atención Integral de Salud y el Aseguramiento Universal en Salud.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1 Definir el marco conceptual y la metodología del proceso de supervisión y monitoreo de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS).

3.2 Establecer aspectos técnicos operativos referidos a la organización, ejecución y evaluación del proceso de supervisión y monitoreo a las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS).

3.3 Proporcionar los instrumentos y herramientas para el proceso de supervisión y monitoreo de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS), orientados al mejoramiento contínuo de la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación en el ámbito de intervención de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS).

4. AMBITO DE APLICACIÓN

La aplicación de los aspectos técnicos operativos establecidos en la presente Guía de Supervisión y Monitoreo comprende a las Direcciones Regionales de Salud o la que haga sus veces en el ámbito regional, redes y microrredes de salud que cuenten con Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) en su jurisdicción.

[1] En la Actualidad, Enero del año 2011, las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) en el Sistema Público de Salud del Perú se denominan Equipos de Atención Integral a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED); anteriormente se les llamaba ELITES.

5. MARCO CONCEPTUAL DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN Y MONITOREO

5.1 DEFINICIÓN DE LA SUPERVISIÓN DE LAS BRIGADAS ITINERANTES DE SALUD (BITS)

La supervisión es un proceso de control orientado a observar sistemáticamente el desempeño de los recursos humanos (integrantes de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS)) dentro del proceso de prestación de servicios de salud:

a) facilitando la información referente a la ejecución de las intervenciones correspondientes,

b) permitiendo además retroalimentar al equipo de trabajo

c) posibilitando la mejora continua de su desempeño mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje mutuo entre el componente supervisor y supervisado.

Es un proceso de asesoría técnica que tiene como objetivos generar y fortalecer las capacidades técnicas del recurso humano integrante de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) y mejorar el desempeño de las actividades y procesos que permitan el logro de de los objetivos y metas establecidos[2].

5.2 DEFINICIÓN DEL MONITOREO DE LAS BRIGADAS ITINERANTES DE SALUD (BITS)

El monitoreo es un proceso de control orientado a observar sistemáticamente el cumplimiento de la ejecución de actividades debidamente programadas y que son parte del proceso de prestaciones de servicio de salud de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS). Tiene como objetivo identificar causas del incumplimiento de las metas y adoptar medidas pertinentes en forma inmediata y oportuna para su corrección.

6. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN Y MONITOREO A LAS BRIGADAS ITINERANTES DE SALUD (BITS)

6.1 DESCRIPCIÓN

Por las características de las intervenciones de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) y las zonas donde se desarrollan, el proceso de supervisión y monitoreo requiere un tipo de organización y financiamiento diferente al del mismo proceso realizado en la oferta fija (llámese establecimientos de salud).

Cuando se realizan supervisiones a los establecimientos de salud, el proceso puede y generalmente es independiente al accionar de estos, por lo tanto se dan de acuerdo a la planificación del equipo supervisor; por el contrario, cuando se trata de la supervisión a las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS), es imprescindible el conocimiento previo del supervisado

[2] Curso de Gerencia para el Manejo Efectivo del PAI/OPS

y la coordinación estrecha para la coincidencia de fechas con la de la intervención de la BIT en las comunidades de su jurisdicción.

De otro lado, el Equipo de Supervisión y Monitoreo Regional/Local requiere de un financiamiento equivalente a la intervención en sí misma, pues necesita medios de transporte (camioneta, deslizador, acémilas), combustible, alimentación y viáticos entre otros recursos para realizar su labor, lo que implica la elaboración de un presupuesto basado en cuadro de necesidades y costos y su incorporación al presupuesto de la entidad supervisora.

El Equipo de Supervisión conformado a nivel de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) o la que haga sus veces en el ámbito regional estará comandado por el o la coordinador(a) de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS), realizará las supervisiones de acuerdo al Plan Anual de Supervisión a las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) y al cronograma del mismo ajustado al cronograma de las intervenciones de las BITS.

A nivel de las redes y/o microredes de salud se conformarán Equipos de Monitoreo, quienes tendrán bajo su responsabilidad realizar el proceso de monitoreo a las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) del ámbito de su jurisdicción, con el propósito de resolver los puntos críticos y problemática identificada, hacer un seguimiento de las alternativas de solución propuestas durante la supervisión y de la implementación de las acciones correctivas.

Las supervisiones y los procesos de monitoreo se realizarán de manera independiente o conjunta por parte de los equipos de supervisión regional o el que haga sus veces y de redes o microredes de salud.

6.2 FASES DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN A LAS BRIGADAS ITINERANTES DE SALUD (BITS)

a) Fase de selección de los supervisores y monitores

El (la) coordinador (a) de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS), el director de servicios de salud y el director de Atención a las Personas, seleccionarán a los Supervisores los cuales deberán contar con el siguiente perfil:

- Ser profesional de la salud integrante del equipo de gestión de la DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional o de la Red de salud, según corresponda.
- Experiencia en el tema de atención integral a poblaciones excluidas y dispersas.
- Conocimiento de la normatividad vigente que regula las intervenciones de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS).
- Conocimiento de la normatividad vigente referente a la Atención Integral de Salud individual, colectiva y por etapas de vida.
- Conocimiento de la normatividad vigente referente al Aseguramiento Universal en lo que resulte pertinente a su ámbito de trabajo regional o local.
- Conocimiento y respeto del contexto cultural de la población objetivo de las intervenciones de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) en sus respectivas jurisdicciones.
- Capacidad para recopilar, sistematizar y analizar información.

- Capacidad para toma de decisiones y orientar acciones correctivas.
- Capacidad para liderar, comunicar y coordinar en diversos escenarios.
- Mantener flexibilidad y adaptabilidad a diversos escenarios.
- Capacidad para brindar asistencia técnica a los integrantes de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) a planificar, monitorizar y evaluar de manera contínua sus actividades programadas.

Selección de monitores

A diferencia de los supervisores, los monitores pertenecen a la estructura orgánica de las redes y/o microredes en las que no existen las mismas direcciones que a nivel regional o sub regional, por lo tanto el equipo de monitoreo estará conformado por un mínimo de 2 profesionales de salud responsables de estrategias sanitarias y/o promoción de la salud, además del coordinador de las brigadas itinerantes de salud.

b) Fase de planificación y organización de la supervisión y monitoreo de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS)

Planificación:

Esta fase comprende la elaboración de un Plan Anual Regional de Supervisión de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) y Planes locales de monitoreo de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) a nivel de redes y/o microredes de salud.

Los planes regionales de supervisión deberán contener como mínimo:

- Finalidad, objetivos generales y específicos
- Productos esperados de las actividades de supervisión
- Organización de los equipos de supervisión
- Cronograma de visitas
- Duración de las visitas y periodicidad de las mismas
- Metodología e instrumentos estandarizados a aplicar
- Presupuesto requerido para implementar las visitas de supervisión

Organización:

- Ajuste de cronograma de supervisiones a las fechas de las intervenciones programadas por la BIT en el mes.
- Solicitud de recursos para la supervisión (medio de transporte, combustible, alimentos, viáticos, equipo de campamento, salvavidas, etc.)
- Verificar que se cuenta con la siguiente información:
    1. Hoja y mapa de ruta, que contenga nombre, distancia en kilómetros y en tiempo desde el establecimiento de salud base a cada una de las comunidades de la ruta.

2. Plan de Intervención Local anual de la BIT para la ruta, que debe incluir como mínimo la población objetivo por grupo etáreo, las principales actividades a realizar, la relación de autoridades locales, organizaciones comunales existentes, causas más frecuentes de morbilidad identificadas en la población.
3. Instrumento de supervisión.
4. Reportes de Producción de Actividades de las BITS (emitidos por cada sistema de información de salud: HIS, SIS, SIII)

- Comunicación escrita a la Dirección General informando de la actividad y solicitando autorización para el viaje de todo el equipo supervisor.

Planificación y organización del monitoreo

Las actividades de monitoreo serán planificadas dentro de las 3 semanas siguientes a la recepción del último informe de supervisión, el que contiene la relación de las acciones correctivas propuestas y dispuestas por el equipo supervisor conforme a los hallazgos de la supervisión.

El Plan operativo de monitoreo elaborado en las redes y/o microredes contendrá:

- Cronograma de visitas
- Duración de las visitas y periodicidad de las mismas
- Metodología a aplicar
- Presupuesto requerido para implementar las visitas de monitoreo

Para organizar las visitas de monitoreo se deberá solicitar a la Dirección los recursos necesarios (medio de transporte, combustible, alimentos, viáticos, equipo de campamento, salvavidas, etc.) con por lo menos una semana de anticipación.

El equipo de monitoreo contará con:

1. Hoja y mapa de ruta, que contenga nombre, distancia en kilómetros y en tiempo desde el establecimiento de salud base a cada una de las comunidades de la ruta.
2. Plan de Intervención Local anual de la BIT para la ruta, que debe incluir como mínimo la población objetivo por grupo etáreo, las principales actividades a realizar, la relación de autoridades locales, organizaciones comunales existentes, causas más frecuentes de morbilidad identificadas en la población.
3. Instrumento de monitoreo que tendrá el siguiente esquema:

INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LAS BRIGADAS ITINERANTES DE SALUD (BITS)

Hallazgo de la Supervisión (situación encontrada)				Acciones correctivas propuestas	Responsable(s)	Cronograma	Avance de implementación (situación actual)
Componente	Área o tema	Estándar	Descripción				

Estándares según componentes y áreas o temas:

1. Actividades de Promoción de la Salud en la comunidad
2. Actividades de Promoción de la Salud en la familia
3. Actividades de Promoción de la Salud en las Instituciones educativas
4. Actividad de Prevención y Recuperación por etapas de vida
5. Organización y gestión del trabajo en la comunidad
6. Reporte de actividades a la comunidad
7. Reporte de actividades al establecimiento de salud
8. Reporte de actividades a la microrred y red de salud
9. Otras actividades

Responsables

1. Miembros de la Brigada Itinerante
   a. Médico
   b. Odontólogo (a)
   c. Enfermera (o)
   d. Obstetriz
   e. Técnico en enfermería
   f. Técnico en Laboratorio
2. Microrred de Salud
3. Red de Salud
4. DIRESA/GERESA

c) Fase de ejecución de la Supervisión a las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS)

Esta fase tiene como objetivo realizar la supervisión de las actividades de gestión y prestacionales desarrolladas por las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS).

Actividades a realizar:

- Traslado a la localidad de intervención de la BITS seleccionada para la visita de supervisión según la ruta de intervención de la misma.
- Coordinación de la agenda de trabajo con los integrantes de la BITS.
- Aplicación del instrumento de supervisión a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje en el cual el supervisor y el supervisado fortalezcan sus capacidades y competencias. Este instrumento incluye los siguientes componentes:

    1. Gestión
    2. Desempeño de los miembros de la BITS
    3. Capacitación
    4. Gestión de la información

COMPONENTE	AREA O TEMA	ESTANDAR	ESCALA DE CALIFICACIÓN	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES

Todas estas actividades darán como resultado la identificación de los problemas y el análisis de las causas de los mismos que dificulten el desarrollo de las actividades establecidas en el plan de trabajo correspondiente y el logro de los objetivos y metas plasmados en el mismo; el planteamiento y la implementación de las alternativas de solución a la problemática identificada y finalmente al fortalecimiento de las capacidades y competencias de los integrantes de las Brigadas Itinerantes de Salud (BITS) en beneficio de las Poblaciones Excluidas y Dispersas.

Deleted:

Fase de Ejecución del Monitoreo de BITS

Esta fase tiene como objetivo verificar en el terreno el cumplimiento de los compromisos, es decir la ejecución de acciones correctivas, derivados de la supervisión y calificar el grado de avance de las mismas.

Cuando sea posible, el equipo de monitores apoyará al personal de las BITS a completar sus acciones en proceso o deficientes durante el proceso mismo de monitoreo.

Desarrollará las siguientes actividades:

- Traslado a la localidad de intervención de la BITS seleccionada para la visita de monitoreo según la ruta de intervención de la misma.
- Coordinación de la agenda de trabajo con los integrantes de la BITS.
- Aplicación del instrumento de monitoreo.

d) Fase posterior a la visita de supervisión

En esta fase se elaborará el Informe de la visita de supervisión señalando los logros, puntos críticos y problemática identificada, alternativas de solución propuestas durante la supervisión.

Se elaborará además un acta de acuerdos y compromisos señalando las acciones correctivas a implementar según niveles de responsabilidad, que permitan solucionar la problemática identificada durante la supervisión, asimismo deberá establecerse mecanismos para el seguimiento de la implementación de los acuerdos y compromisos asumidos.

RESUMEN DE HALLAZGOS Y COMPROMISOS DE LA SUPERVISIÓN A LAS BITS

Región:……SRS:……..RED:……

MR:…… EESS: ……

BITS:……

RUTA:…… LOCALIDAD(ES):…….

Supervisor (es):……

FECHA: ……

COMPONENTE	PROBLEMA	CAUSAS IDENTIFICADAS	ACCIONES CORRECTIVAS PROPUESTAS	FECHA LÍMITE PARA APLICARLAS	PERSONAL COMPROMETIDO DE LA EJECUCIÓN

Annex No. 6: Vaccination Solid Waste Management Primer

Lima, 31 de enero de 2011

Carta Nº 028 - 2011

Doctor
Carlos Manuel Acosta Saal
Director General
Dirección General de Salud de
las Personas - DGSP
Ministerio de Salud
Presente.-

De mi consideración,

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, a la vez que le hago llegar, en impreso y CD, las siguientes nueve guías de práctica clínica que incluyen las modificaciones sugeridas por la Dirección General de Salud de las Personas:

- Difteria
- Rubeola
- Poliomelitis
- Sarampión
- Varicela
- Pertussis
- Neumonía
- Tétanos
- Rotavirus

Asimismo, hago entrega de las guías que sirvieron para levantar las observaciones, dando con ello por concluido el proceso y responsabilidad del Programa Umbral de Inmunizaciones, en este tema.

Atentamente,

Ada Pastor
Jefa
Programa Umbral de Inmunizaciones

Cc: Dr. Luis Miguel León
Dra. Rosa Vilca

Annex No. 7: Cost Study of Itinerant Brigades

MINISTERIO DE SALUD

No. 070-2011/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
CARMEN LAU PAREDES
Fedatario de la Sede Central - MINSA

Resolución Ministerial

Lima, 28 de ENERO del 2011

Visto el Expediente N° 011-000773-001, que contiene el Memorándum N°020-2011-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas, e Informe N°008-2011-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el literal a) del artículo 24° de la Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud, señala que la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico-normativo en los procesos relacionados a la atención integral de la salud de la persona, categorización y acreditación de los servicios de salud y la gestión sanitaria;

Que, el literal a) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico-normativo encargado entre otras funciones la de proponer las políticas de salud, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance sectorial e institucional;

D. León Ch.

Que, por Resolución Ministerial N°457-2009/MINSA, del 09 de julio de 2009, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 080-MINSA/DGSP-V:01: Esquema Nacional de Vacunación, con el objetivo de establecer un esquema ordenado de vacunación a nivel nacional, facilitar las intervenciones de inmunizaciones y contribuir a mejorar el nivel de salud de la población mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles;

W. Olivera A.

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Salud de las Personas, ha remitido para su aprobación la versión actualizada de la citada Norma Técnica de Salud que establece el "Esquema Nacional de Vacunación"; que incluye la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, y precisa nuevas consideraciones para la vacunación contra el Neumococo en el país;

C. ACOSTA S.

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud;

De conformidad con lo establecido en el literal l) del artículo 8° de la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N°080-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Designar como voceros en la difusión de la presente Norma Técnica de Salud a los siguientes profesionales de salud:

- Dr. Carlos Eduardo Verne Martin, Presidente del Comité Consultivo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones.
- Dr. Herminio Renan Hernández Díaz, Presidente del Comité Revisor de ESAVIs.
- Dra. Carmen Cecilia Ayón Dejo, Miembro de la Sociedad Científica de Síndrome Down.
- Dra. Virginia Garaycochea Cannon, Representante del Colegio Médico del Perú.
- Dra. Lucy del Carpio Ancaya, Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Dr. Adolfo Federico Rechkemmer Prieto, Representante de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia.
- Dr. Miguel Alberto Gutiérrez Ramos, Representante de la Comisión de Alto Nivel de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Médico del Perú
- Dr. Carlos Santos Ortiz, Representante del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Dra. Carmen Victoria González Falla, Representante de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia.
- Mag. Julio Mendigure Fernández, Decano del Colegio de Enfermeros del Perú.
- Lic. Edelinda Agueda Tolentino Soriano, miembro del Comité Consultivo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, como representante del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social – Programa Nacional Wawa Wasi.
- Lic. María Ana Mendoza Araujo, Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones.

Artículo 3°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, es responsable de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud.

Artículo 4°.- Las Direcciones Generales, Oficinas Generales y Organismos Públicos del Ministerio de Salud, así como los integrantes del Comité Técnico Permanente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones son responsables de la planificación, organización, ejecución, evaluación, seguimiento y monitoreo de las actividades de inmunizaciones, según corresponda a sus funciones y competencias en el ámbito nacional y regional, para asegurar el cumplimiento del mencionado Esquema Nacional de Vacunación.

D. León Ch.

W. Olivera A.

C. ACOSTA S.

MINISTERIO DE SALUD

No. 040 - 2011/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 28 de ENERO del 2011

Artículo 5°.- Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud y las que hagan sus veces en el nivel regional, a través de las Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas, serán responsables del cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud y deberán garantizar el financiamiento de los gastos operativos que demanden las actividades de inmunizaciones en el ámbito de sus jurisdicciones.

Artículo 6°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 457-2009/MINSA, que aprobó la Norma Técnica de Salud N°080-MINSA/DGSP-V.01.

Artículo 7°.- La Oficina General de Comunicaciones dispondrá la publicación de la presente Norma Técnica de Salud en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp.

Regístrese, comuníquese y publíquese

W. Olivera A.

D.G.
C. ACOSTA S.

D. León Ch

OSCAR RAUL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

COPIA FIEL DEL ORIGINAL
CARMEN LUNA FLORES
Fedatario de la Sede Central - MINSA

NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

I. FINALIDAD.

Contribuir a mejorar el nivel de salud de la población mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles.

II. OBJETIVO.

Establecer un **esquema y calendario ordenado de vacunación** a nivel nacional, para facilitar las intervenciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI).

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Norma Técnica de Salud, se aplicará en todos los establecimientos públicos (del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú) y privados del sector salud en el ámbito nacional.

IV. BASE LEGAL.

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
3. Ley N° 28010, Ley General de Vacunas
4. Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2011
5. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
6. Decreto Supremo N°008-2010-SA que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
7. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
8. Decreto Supremo N° 055-2007-PCM, aprueban la Estrategia Nacional denominada "CRECER" que establece la intervención articulada de entidades del Gobierno Nacional, Regional y Local vinculadas con la lucha contra la desnutrición crónica infantil.
9. Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
10. Resolución Ministerial N° 453-95-SA/DM, que aprueba las Normas de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
11. Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprueba el documento La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud.
12. Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que establece las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud y sus órganos responsables.
13. Resolución Ministerial N° 478-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 081-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas".

MINISTERIO DE SALUD Dirección Gral. de Salud de las Personas V°B° D.G. C. ACOSTA S.

N.T.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

14. Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
15. Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 046-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón".
16. Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°043-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores".
17. Resolución Ministerial N° 600-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 58-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Cadena de Frío en las Inmunizaciones".
18. Resolución Ministerial N° 579-2008/MINSA, que establece como servicios y actividades públicos esenciales en los Establecimientos de Salud en el ámbito nacional, a las Inmunizaciones.
19. Resolución Ministerial N° 614-2010/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 0034-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Sanitaria que establece el Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones"

V. DISPOSICIONES GENERALES:

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS.

5.1.1 Enfermedades inmunoprevenibles.

Son enfermedades transmisibles, que tienen distintas vías de transmisión, pero comparten la misma forma de ser prevenidas a través de las vacunas.

5.1.2 Enfermedades transmisibles.

Son enfermedades producidas por un agente específico y se originan por la entrada de un microorganismo (agente etiológico) al huésped, se transmiten entre los seres vivos en forma directa (por contacto), o por vía indirecta (por vehículos químicos, físicos o biológicos), o la acción de vectores (intermediarios biológicos entre el agente y el huésped).

5.1.3 Esquema de Vacunación.

El esquema de vacunación, es la representación secuencial del ordenamiento y la forma de cómo se aplican las vacunas oficialmente aprobadas para el país.

5.1.4 Vacunas.

La vacuna, es la suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad.

5.1.5 Niño con vacuna completa.

Niño menor de 5 años que ha recibido todas las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación según el cronograma estipulado para su edad. Esta definición es considerada como Finalidad en el Programa Articulado Nutricional (PAN) identificado con el con el código presupuestal **33254**.

Esta Finalidad contiene 7 Sub Finalidades las cuales involucran las etapas de vida comprendidas desde el nacimiento hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, y se describen y codifican de la siguiente manera:

- **3325401**, Sub Finalidad Niño Menor de 1 año con vacuna completa.
- **3325402**, Sub Finalidad Niño de 1 año con vacuna completa.

C. ACOSTA S.

- **3325403**, Sub Finalidad Niño de 4 años con vacuna completa.
- **3325404**, Sub Finalidad Niño Recién Nacido con vacuna completa.
- **3325405**, Sub Finalidad Niño de 2 años con vacuna completa.
- **3325406**, Sub Finalidad Niño de 3 años con vacuna completa.
- **3325407**, Sub Finalidad Niño Nacido de madre portadora del VIH con vacuna completa.

5.1.6 Actividad regular de inmunizaciones.

Son actividades preventivas consideradas en la atención integral de las personas (niño, adolescente, adulto y adulto mayor), para garantizar la protección de enfermedades prevenibles por vacunas.

Se realizan de manera cotidiana día a día y se establecen según los criterios de programación para cada vacuna y se programan de manera mensual y anual a nivel de establecimiento de salud, microrred, red, unidad ejecutora, distrito y región.

5.1.7 Actividad complementaria de inmunizaciones.

Son todas aquellas actividades que se realizan con un objetivo específico de vacunación, para fortalecer y complementar la vacunación regular, sea para mejorar las coberturas o implementar una vacunación específica. Se establecen en razón a prioridades de vacunación las cuales pueden ser 1 ó más veces al año de acuerdo a la programación establecida el año anterior.

Están orientadas a una población objetivo, se desarrollan en un tiempo definido, y se programan dependiendo del impacto que se quiere lograr en el control de una determinada enfermedad.

Son acciones que generalmente se han adoptado en base a un consenso nacional, regional o mundial, con la intervención y recomendaciones dadas por entidades internacionales como; la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa para una Tecnología Apropiada en Salud (PATH).

5.1.8 Vacuna pentavalente.

Vacuna combinada conteniendo 5 antígenos: toxoides de Difteria y Tétanos, bacterias inactivadas de Pertusis, polisacárido conjugado de Haemophilus Influenzae tipo B y antígeno de superficie de Hepatitis B.

5.1.9 Vacuna SPR.

Vacuna viva atenuada triple viral que contiene: cepas vivas atenuadas del virus de sarampión, del virus de la parotiditis y del virus de rubéola. Los virus de sarampión y rubéola se propagan en células diploides humanos y el virus de parotiditis se cultiva en fibroblastos de polluelos nacidos de huevos libres de patógenos específicos.

5.1.10 Vacuna contra la Hepatitis B.

Es una vacuna inactivada recombinante, obtenida por ingeniería genética, en el Esquema Nacional de Vacunación está indicada tanto para la población infantil en el Recién Nacido y los niños mayores de 5 años, así como toda la población adulta a nivel nacional.

5.1.11 Vacuna DPT.

La vacuna DPT o triple bacteriana contiene los toxoides diftérico y tetánico elaborados en formol, purificados y adsorbidos, así como la vacuna pura de Bordet - Gengou contra la tos ferina o Pertussis. Un mililitro contiene al menos 30 UI de

antígeno diftérico purificado y adsorbido, 40 a 60 UI de antígeno tetánico purificado y adsorbido, y al menos 4 UI de Bordetella pertussis.

5.1.12 Vacuna contra Influenza.

Esta vacuna contiene antígenos y cepas de influenza de la temporada determinados por la OMS. Se recomienda que su composición varíe anualmente según la susceptibilidad, y que su aplicación sea hasta finalizar la estación calurosa e inicio de la estación otoñal para el hemisferio Sur, sin embargo puede aplicarse hasta su fecha de expiración, teniendo en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la misma.

Esta vacuna no confiere una inmunidad de por vida como otras vacunas, solo brinda protección por un año, debido al cambio anual de la composición antigénica del virus.

Las consideraciones que se han dado para priorizar la aplicación de la vacuna contra influenza en el ámbito nacional comprenden a dos grupos de personas, las cuales fueron seleccionadas en razón a los siguientes criterios:

a) **Personas con un alto riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con la influenza incluyendo:**

- Adultos y niñas/os con lo siguiente:
  - ✓ Condiciones médicas crónicas de riesgo (enfermedades del corazón, de los pulmones, los riñones, diabetes entre otros)
  - ✓ Cáncer o inmunodeficiencia
- Residentes en instalaciones de cuidado crónico (centros de cuidado por largos periodos de tiempo, residencias de personas en abandono o situaciones especiales, albergues, asilos y otros).
- Personas de 60 años a más
- Niñas y niños saludables de 7 a 36 meses de edad
- Mujeres saludables embarazadas y mujeres amamantando

b) **Personas capaces de contagiar la influenza a aquellas con alto riesgo, incluyendo:**

- Trabajadores de la salud.
- Personas que están en contacto con individuos de alto riesgo de tener complicaciones relacionadas con la influenza
- Personas encargadas del cuidado regular de niños y niñas menores de 36 meses.

5.1.12.1 Vacuna contra Influenza Pediátrica, con esta vacuna se debe tener las siguientes consideraciones:

- ✓ En el contexto de la presente Norma Técnica de Salud, está indicada para los niños comprendidos entre los 7 meses de edad hasta los 59 meses y 29 días, según se detalla:
  - o 100% de los niños desde los 7 meses hasta los 35 meses y 29 días.
  - o 5% de los niños desde los 36 meses hasta los59 meses y 29 días, con condiciones médicas crónicas de riesgo.
- ✓ La dosis pediátrica desde los 7 meses hasta los 35 meses y 29 días es de 0.25 cc por vía intramuscular.

MINISTERIO DE SALUD D.G. C. ACOSTA S.

- ✓ La dosis pediátrica desde los 36 meses hasta los 9 años es de 0.50 cc por vía intramuscular.
- ✓ Cuando se aplica por primera vez la vacuna en un niño menor de 9 años, son necesarias 2 dosis, con intervalo de 1 mes o cuatro semanas entre una dosis y otra.
- ✓ Los niños que se vacunaron en años anteriores contra la influenza, sólo recibirán una dosis.
- ✓ En el contexto de la presente Norma Técnica de Salud, los establecimientos de salud de todos los sectores deberán proveer la vacunación gratuita contra la influenza pediátrica hasta los 5 años de edad, según las indicaciones descritas, en tanto se usen en el proceso de vacunación, las vacunas y jeringas provistas por el Ministerio de Salud.

5.1.12.2 Vacuna contra Influenza Adulto, esta vacuna está indicada para la población adulta mayor de 60 años a más, así como para los grupos considerados como población de riesgo para influenza:

- o Mujeres embarazadas,
- o Personal de Salud,
- o Estudiantes de ciencias de la salud,
- o Funcionarios públicos que atienden poblaciones concentradas,
- o Miembros de las Fuerzas Armadas
- o Personal de la Policía Nacional del Perú
- o Cruz Roja, Bomberos y Defensa Civil,
- o Además de las Comunidades Nativas y Población Privada de su Libertad.

La dosis adulto es de 0.5 cc y se aplica una sola dosis por vía intramuscular (en el músculo deltoides del brazo) al primer contacto con el establecimiento de salud o la brigada de vacunación.

5.1.13 Vacuna contra neumococo.

Vacuna Antineumocóccica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años.

Se recomienda dos dosis en el menor de 1 año al 2do y 4to mes, y una dosis en el niño de 1 año de edad a los 12 meses de vida.

5.1.14 Vacuna contra rotavirus.

Vacuna liquida de virus inactivados, que ofrece protección contra las formas graves de enfermedad diarreica por rotavirus en menores de 2 años. Se recomienda su administración antes de los 6 meses de edad, y se aplica al 2do. y 4to. mes de vida.

5.1.15 Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano.

Vacuna líquida recombinante de virus inactivados, que ofrece protección contra las cepas causantes del Cáncer de Cuello Uterino. Se recomienda su administración en las niñas antes de los 15 años, en el país la recomendación es a las niñas de 10 años de edad y se aplica la primera dosis al primer contacto con el establecimiento de salud o la brigada de vacunación, la 2° dosis a los 2 meses de aplicada la primera dosis y la 3° dosis a los 4 meses de aplicada la segunda dosis.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

Esta vacuna se introduce a partir del año 2011 y su aplicación conllevará estrategias combinadas de abordaje tanto en población cautiva a nivel de entidades educativas y a demanda como vacunación intramural en los establecimientos de salud.

5.2 Aplicación del Esquema Nacional de Vacunación.

El Estado Peruano garantiza la provisión de vacunas y jeringas para el cumplimiento del presente Esquema Nacional de Vacunación y los Gobiernos Regionales garantizan los gastos operativos que demande la vacunación.

La aplicación del presente Esquema Nacional de Vacunación es de carácter obligatorio para todo el territorio nacional, por todas las entidades públicas y privadas del sector salud.

Se debe verificar a través del seguimiento y monitoreo el cumplimiento de la aplicación del Esquema Nacional de Vacunación, implementando para ello la Directiva Sanitaria del monitoreo de las actividades de inmunizaciones, determinando la frecuencia de dicho monitoreo según como corresponda a la necesidad del mismo, de manera mensual, trimestral y anual a nivel nacional, regional, distrital y local.

5.3 Gratuidad de la vacunación del Esquema Nacional de Vacunación.

Las vacunas y jeringas que se usan en la actividad regular y complementaria de inmunizaciones son adquiridas por el gobierno peruano con fondos del Tesoro Público y se otorgan de manera gratuita a toda la población beneficiaria del presente Esquema Nacional de Vacunación.

Todas las entidades de salud, públicas y privadas deberán garantizar la gratuidad de la vacunación, en tanto se usen en el proceso de vacunación, las vacunas y jeringas provistas por el Ministerio de Salud.

5.4 Provisión y distribución de vacunas y jeringas del Esquema Nacional de Vacunación.

5.4.1 A nivel nacional, las vacunas y jeringas que se usan en la actividad regular y complementaria de inmunizaciones son provistas y distribuidas desde el almacén central a las regiones de acuerdo a su programación y requerimiento.

5.4.2 A nivel regional, las vacunas y jeringas serán suministradas a través de las Direcciones Regionales de Salud a las Redes y Microrredes o centros de acopio de vacunas y jeringas.

5.4.3 A nivel local, las vacunas y jeringas serán suministradas a través de las Redes, Microrredes o centros de acopio a los Establecimientos de Salud y éstos a su vez previa autorización de la Red o Microrredes suministrarán a los otros sectores de salud públicos y privados según su requerimiento y programación.

5.5 Sistema de Información de la aplicación del Esquema Nacional de Vacunación.

La Oficina General de Estadística e Informática es la responsable de recabar los registros, consolidar y sistematizar la información de inmunizaciones a nivel nacional, dicha información sirve de base para que la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones realice el análisis y evaluación de las actividades regulares y complementarias de vacunación a nivel nacional, regional y local.

Se debe de garantizar el registro nominal de los niños vacunados así como el Padrón Nominado de Inmunizaciones el cual deberá reportarse al Ministerio de Economía y

Finanzas para el seguimiento de las metas físicas en el contexto de la asignación de recursos económicos y financieros de la metodología de Presupuesto Por Resultados.

Las unidades ejecutoras deberán garantizar el presupuesto correspondiente para garantizar los insumos y recursos necesarios en la sostenibilidad y funcionalidad del sistema de información. Los formatos establecidos para el registro de vacunación regular y complementaria se detallan en los anexos de la presente Norma Técnica de Salud. **(ANEXO A, B, C, D, y E)**

5.5.1 A nivel nacional, se consolida los reportes de vacunación que deben enviar las regiones, dicha información debe mostrar el padrón nominal de los niños menores de 5 años protegidos por todas las vacunas de acuerdo a cada Sub finalidad, y deberán mostrar los reportes de resultados de cobertura y número de vacunados por tipo de vacuna, por grupo etario, por mes, por distrito y por establecimiento de salud.

Estos reportes, además deben ser consolidados por las regiones en un reporte analítico **(ANEXO F)** que será enviado al nivel central del MINSA, el cual servirá de instrumento de evaluación nacional.

5.5.2 A nivel regional, se consolida los reportes de vacunación a nivel de redes, microrredes y establecimientos de salud, dicha información debe mostrar resultados de cobertura y número de vacunados por tipo de vacuna, por grupo etario, por mes, por sector y por establecimiento de salud. Estos reportes, además deben ser consolidados en un reporte analítico que servirá como un instrumento de evaluación global de la región por redes, microrredes y unidad ejecutora.

5.5.3 A nivel local, se realiza el registro de la vacunación de manera nominal de cada niña/o protegida/o y debe consolidarse la información de los reportes de vacunación semanal y mensualmente por cada establecimiento de salud, sector, puesto o brigada de vacunación, dicha información debe mostrar resultados de cobertura y número de vacunados por tipo de vacuna, por grupo etario, por mes, por sector y por puesto de vacunación, estos reportes deben ser usados por los responsables de inmunizaciones para la evaluación y análisis correspondiente para el monitoreo y seguimiento de los niños vacunados en el ámbito de su jurisdicción.

5.6 Evaluación de la aplicación del Esquema Nacional de Vacunación.

El análisis y evaluación de los resultados de la vacunación debe realizarse en todos los niveles: nacional, regional y local; y servirá para que se mida el desempeño de las inmunizaciones considerando principalmente los siguientes indicadores:

5.6.1 De Estructura:

- Acceso: Dispersión geográfica y distancia al Establecimiento de Salud
- Migración interna y externa
- Número de personal asignado al servicio de inmunizaciones
- Cadena de Frío y Capacidad de Almacenamiento
- Planes regionales, por redes y por EE.SS.
- Presupuesto y programación operativa (SIGA-PPR)
- Sistema de Información: Calidad de Registro y oportunidad
- Hardware y software en cantidad adecuada

5.6.2 De Proceso:

- % cumplimiento de Vacunación Segura
- % implementación y cumplimiento de los Protocolos de vacunación.
- % de errores programáticos
- % ruptura de cadena de frío

- % de personal capacitado en vacunación segura y ESAVI
- % de satisfacción de los usuarios del servicio de vacunación
- % de aceptabilidad de las inmunizaciones por los usuarios internos y externos
- Nivel de desempeño y rendimiento del personal de salud de inmunizaciones
- Nivel de desempeño y articulación del sistema de información
- Personal del Sistema de Información capacitado

5.6.3 De Resultados:

- Tasa de Acceso a vacunas trazadoras.
- Cobertura por cada tipo de vacuna
- Oportunidad de Vacunación por cada sub finalidad
- Tasa de deserción e Índice de riesgo
- % cumplimiento de Metas Físicas y Financieras según el PAN.
- Reportes analíticos mensualizados y desagregados por nivel geográfico y administrativo
- Reportes de vacunación enviados al nivel nacional con oportunidad
- % de registros HIS y formatos A y B consistenciados
- Cumplimiento de registro en los formatos establecidos

Se medirán además los indicadores por cada Sub Finalidad de la Finalidad: NIÑO CON VACUNA COMPLETA del componente Programa Articulado Nutricional, para lo cual la Autoridad Nacional de Salud aprobará el documento normativo referente al Monitoreo de las Actividades de Inmunización.

5.6.3.1 **A nivel nacional**, se evaluará los indicadores de inmunizaciones de manera global considerando los siguientes aspectos: Gestión, Desempeño y Resultados.

5.6.3.2 **A nivel regional**, se evaluará los indicadores de inmunizaciones considerando los aspectos detallados en el nivel nacional y se enfatizará en la evaluación de los indicadores por cada sub-finalidad (productos).

5.6.3.3 **A nivel local**, se evaluarán todos los aspectos administrativos y operativos de las intervenciones de inmunizaciones y se trabajará con mayor énfasis en el análisis de cobertura, acceso y deserción por cada sub-finalidad y tipo de vacuna.

Dicho documento normativo establecerá los instrumentos y herramientas para la evaluación de la aplicación del Esquema Nacional de Vacunación, la metodología de la Supervisión y Monitoreo, así como el Monitoreo Rápido de Coberturas.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

6.1 El Esquema Nacional de Vacunación se establece como único para todo el país y debe ser implementado tanto por el sector público y privado para garantizar la protección efectiva de toda la población a través de todas las etapas de vida consideradas en la presente Norma Técnica de Salud, sea a través de las actividades regulares o complementarias de vacunación.

6.2 **El Estado Peruano, en el Esquema Nacional de Vacunación** incluye 15 tipos de antígenos en la presentación de diversas vacunas, las mismas que se detallan a continuación con las indicaciones de aplicación, uso y manejo del tiempo de conservación de los frascos abiertos:

MINISTERIO DE SALUD D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

VACUNA ABREVIATURA/ PRESENTACIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	TEMPERATURA DE CONSERVACIÓN EN EL NIVEL LOCAL	DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y ZONA DE APLICACIÓN	TIEMPO DE CONSERVACIÓN DEL FRASCO ABIERTO DE LA VACUNA
VÍA ORAL				
APO oral (líquida)	Poliomielitis	+ 2 ° C A + 8 ° C	2 gotas vía oral	4 semanas frasco multidosis
VACUNA CONTRA ROTAVIRUS oral (liofilizada)	Serotipos predominantes de gastroenteritis por rotavirus en el menor de 1 año		1.5 cc vía oral	Uso inmediato monodosis
VÍA PARENTERAL:				
VÍA INTRADÉRMICA (VID)				
BCG inyectable (liofilizada)	Tuberculosis en sus formas más graves (Meningoencefalitis Tuberculosa, Mal de Pott, y otros)	+ 2 ° C A + 8 ° C	- 0.1 cc. VID en el hombro derecho	6 horas frasco multidosis
VÍA SUBCUTÁNEA (VSC)				
ANTIAMARÍLICA (AMA) inyectable (liofilizada)	Fiebre Amarilla	+ 2 ° C A + 8 ° C	- 0.5 cc. VSC en el músculo deltoides (brazo).	6 horas frasco multidosis
SPR (TRIPLE VIRAL) inyectable (liofilizada)	Sarampión, Parotiditis y Rubéola		- 0.5 cc VSC en el músculo deltoides (brazo).	6 horas frasco multidosis
SR (DOBLE VIRAL) inyectable (liofilizada)	Sarampión y rubéola		- 0.5 cc VSC en el músculo deltoides (brazo).	6 horas frasco multidosis
VÍA INTRAMUSCULAR (VIM)				
HVB inyectable (líquida)	Hepatitis B	+ 2 ° C A + 8 ° C	- Recién nacido y menor de 1 año; se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo (pierna)	Uso inmediato frasco monodosis
HVB inyectable (líquida)	Hepatitis B		- De 5 a 15 años se administra 0.5 cc y mayores de 15 años 1 cc por VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	4 semanas frasco multidosis
IPV inyectable (líquida)	Poliomielitis		- Menor de 1 año 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo (pierna). - De 2 a 4 años, 11 meses y 29 días se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	Uso inmediato frasco monodosis
DPT inyectable (líquida)	Difteria, Tos Convulsiva y Tétanos			4 semanas frasco multidosis
PENTAVALENTE inyectable (líquida)	Difteria, Tos Convulsiva, Tétanos Hepatitis B e infecciones producidas por *Haemophilus* influenzae tipo B			Uso inmediato frasco monodosis
Hib inyectable (líquido)	*Haemophilus Influenzae* tipo B			Uso inmediato frasco monodosis
Hib inyectable (liofilizada)				

M.S. DGSP IMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

VACUNA ABREVIATURA/ PRESENTACIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	TEMPERATURA DE CONSERVACIÓN EN EL NIVEL LOCAL	DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y ZONA DE APLICACIÓN	TIEMPO DE CONSERVACIÓN DEL FRASCO ABIERTO DE LA VACUNA
VÍA INTRAMUSCULAR (VIM)				
DT pediátrica inyectable (líquida)	Difteria y Tétanos	+ 2 ° C A + 8 ° C	- En el menor de 1 año 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo (pierna). - En el niño de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	4 semanas frasco multidosis
VACUNA ANTINEUMOCÓCICA inyectable (líquida)	Serotipos causantes de las neumonías en el menor de 1 año		- En el menor de 1 año 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo (pierna). - En el niño de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	Uso inmediato monodosis
VACUNA CONTRA INFLUENZA pediátrica inyectable (líquida)	Virus de la Influenza (Gripe)		- Desde los 7 a los 11 meses y 29 días se administra 0.25 cc VIM en el tercio medio del músculo vasto externo de la pierna - Desde 1 hasta los 2 años, 11 meses y 29 días, se administra 0.25 cc VIM en el tercio medio del músculo deltoides del brazo). - En niños mayores de 3 años se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	Uso inmediato monodosis
VACUNA CONTRA INFLUENZA ADULTO inyectable (líquida)	Virus de la Influenza (Gripe)		- 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	Uso inmediato monodosis
VACUNA CONTRA VIRUS DE PAPILOMA HUMANO inyectable (líquida)	Virus Papiloma Humano (VPH) (Cáncer de Cuello Uterino)		- 0.5 cc VIM intramuscular en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	Uso inmediato monodosis
dt ADULTO inyectable (líquida)	Difteria y Tétanos		- 0.5 cc vía intramuscular en el tercio medio del músculo deltoides del brazo	4 semanas frasco multidosis

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud de las Personas D.G. C. ACOSTA S.

Es importante tener en consideración estas disposiciones, sin embargo se recomienda consultar siempre el inserto de cada vacuna.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

6.3 Las actividades regulares de inmunizaciones comprende la aplicación de las siguientes vacunas:

6.3.1 Vacuna BCG contra las formas graves de Tuberculosis, se administra en una (01) dosis de 0.1 cc al recién nacido dentro de las 24 horas de nacimiento, por vía intradérmica con jeringa de 1 cc y aguja 26 G x 3/8" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 27 G x 1/2".

La programación de esta vacuna se realizará de acuerdo a la necesidad local considerando un factor pérdida en razón de la frecuencia de nacimientos y dispersión geográfica de la población que atiende el establecimiento de salud, garantizando la oportunidad de la vacunación en el recién nacido, siendo factible abrir un frasco de 10 dosis para vacunar a un solo niño de ser necesario.

6.3.2 Vacuna contra Hepatitis B se administra en una (01) dosis de 0.5 cc al recién nacido dentro de las 24 horas de nacimiento, la vacuna es de presentación monodosis, y se aplica por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 25 G x 5/8" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 5/8".

6.3.3 La Vacuna Pentavalente en el menor de 1 año, se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 23 G x 1" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1".

Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación en las edades que corresponden podrán recibir el cronograma completo de la vacuna pentavalente o recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de 2 meses entre dosis y dosis.

6.3.4 La Vacuna Antipolio Oral (APO) en el menor de 1 año, se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende 02 gotas de la vacuna por vía oral. Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna antipolio oral en las edades que corresponden podrán recibir el cronograma completo o recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de 2 meses entre dosis y dosis.

La programación de esta vacuna se realizará de acuerdo a la necesidad local considerando un factor pérdida en razón de la frecuencia de nacimientos, dispersión geográfica y migración de la población que atiende el establecimiento de salud, garantizando la oportunidad de la vacunación en el niño menor de 1 año.

6.3.5 La Vacuna Antipolio Inyectable (IPV) se aplica en los niños nacidos de madres portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 23 G x 1" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1". Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna antipolio inyectable en las edades que corresponden podrán recibir el cronograma completo o recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de 2 meses entre dosis y dosis.

La IPV también puede administrarse en adultos que deban completar o reforzar su esquema por mayor riesgo de exposición (viajeros a zonas endémicas o epidémicas, contactos, personal en contacto o manipulación del virus), tales como los miembros activos de las Fuerzas Armadas o Cuerpo de Paz comisionados a países como África, Haití, entre otros que aún tienen la circulación del virus de polio salvaje en sus territorios.

En el adulto la IPV se administra en tres dosis de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 23 G x 1" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1".

MINISTERIO DE SALUD D.G.
C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

6.3.6 La Vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR) en los niños menores de 5 años, se administra en dos (02) dosis a los 12 meses y 4 años de edad respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía subcutánea en el brazo con jeringa de 25G x 5/8" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 5/8".

Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden podrán recibir el cronograma completo o recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de 1 año, 6 meses ó 2 meses entre dosis y dosis, dependiendo de la edad en que recibe la primera dosis y el lapso de tiempo para cumplir la edad límite para recibir el refuerzo.

6.3.7 La Vacuna Antiamarílica (AMA) se usa de manera universal en el esquema nacional de vacunación a partir del año 200, desde el año 2004 hasta el año 2007 en el marco del Plan de Control Acelerado de la Fiebre Amarilla se llevó a cabo la vacunación masiva de toda la población desde los 2 a 59 años de las regiones endémicas y expulsoras para esta enfermedad. Desde el año 2005 hasta el año 2008 estaba programada en el niño de 1 año de edad con la indicación de aplicarla a los 12 meses de edad.

A partir del año 2009 se indica su aplicación a los 15 meses de edad de manera universal en todo el país se aplica una dosis (01) de 0.5 cc por vía subcutánea en el brazo con jeringa 1 cc y aguja 25 x 5/8" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". La Vacuna Antiamarílica (AMA), en la población mayor de 2 años y en las personas no vacunadas comprendidas entre los 2 a 59 años, 11 meses y 29 días, de las regiones endémicas, así como en la población en riesgo que la demande, se aplica en una (01) dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el brazo con jeringa de 1 cc y aguja 25 x 5/8" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 5/8".

Para la aplicación de esta vacuna por ser de un virus vivo atenuado, se requiere tomar en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la vacuna, la cual está prohibida principalmente en pacientes con problemas de inmunidad o inmunosuprimidos severos, así como en personas que presentan enfermedades que revisten gravedad. Las personas que se trasladen a regiones endémicas para Fiebre Amarilla, deberán vacunarse con un margen de 10 días como mínimo antes de viajar a la región endémica.

Dada las dificultades en el aprovisionamiento de esta vacuna por las dificultades en la producción de la misma a nivel mundial, es que durante los años que persista dicha situación se priorizará la vacunación en la población infantil de 1 año y población de riesgo de las regiones endémicas para fiebre amarilla, considerando a las regiones expulsoras en segunda prioridad, hasta que se resuelva la situación de desabastecimiento mundial y se aplique el Esquema de Vacunación tal como está establecido inicialmente cumpliendo con la vacunación nacional en toda la población infantil desde los 15 meses hasta los 23 meses y 29 días indistintamente.

6.3.8 La Vacuna contra la Diphteria, Pertusis y Tétanos (DPT) se aplica en los niños menores de 5 años a los 18 meses y 4 años, 11 meses y 29 días de edad, sólo como 1era y 2da dosis de refuerzo respectivamente, se administra por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 23 G x 1" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1".

En aquellos que no hayan completado la vacunación con Pentavalente en el cronograma planteado en la presente Norma Técnica de Salud, se administrará el primer refuerzo de DPT a los 6 meses de haber recibido la 3ª dosis de vacuna Pentavalente.

C. ACOSTA S.

De no recibir el segundo refuerzo correspondiente hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, ya no se aplicará la vacuna DPT, después de esta edad éste refuerzo se dará con la vacuna diphtotetánica (DT).

6.3.9 La Vacuna dt adulto se aplica a las mujeres en edad reproductiva (MER) comprendida desde los 10 hasta los 49 años de edad, en tres (03) dosis cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 23 G x 1" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1".

El criterio de programación de 15% de MER es el rango promedio, el cuál será ajustado por las regiones en razón a la meta histórica alcanzada como promedio en los quinquenios anteriores al año 2010. Es importante indicar que el 100% de las mujeres gestantes deberán estar comprendidas en la programación para la aplicación de la vacuna DT adulto, con la administración de 2 dosis de vacuna DT adulto durante la gestación a partir de la 14ava semana de gestación.

La Vacuna **dt adulto** se aplica también a la población de riesgo de sexo masculino a partir de los 15 años de edad, en 3 dosis de acuerdo al cronograma de vacunación establecido en la presente Norma Técnica de Salud.

Se considera como población de riesgo para esta vacuna al personal de salud tanto asistencial como administrativo, miembros de las fuerzas armadas y de la policía nacional, de Defensa Civil, Cruz Roja, bomberos, trabajador en áreas agrícolas y de construcción, así como población de asentamientos humanos y caseríos donde no existen condiciones de un saneamiento básico adecuado con presencia de herrumbre, tierras fertilizadas y otros que favorecen la presencia de las esporas de clostridium tetani que provoca el tétanos generalizado y tétanos cefálico.

6.3.10 La Vacuna contra la Hepatitis B (HvB) en los mayores de 5 años, se aplica en tres (03) dosis según lo estipulado en la presente Norma Técnica de Salud, la vacunación se realizará de manera progresiva de manera tal que las regiones garanticen la vacunación y protección del 100% de su población en general, considerando además a las personas desde los 2 a 20 años que no completaron las 3 dosis durante la campaña nacional de vacunación contra Hepatitis B, realizada en el año 2008.

La estrategia de vacunación para esta vacuna está orientada a poblaciones cautivas de todos los sectores y puede ser realizada de manera intra o extramural en todas las entidades de salud. Esta vacuna está indicada como obligatoria en la población considerada de riesgo, como: el personal de salud tanto asistencial como administrativo, miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, personal de la Cruz Roja, personal de Defensa Civil, bomberos, estudiantes de las profesiones de salud y afines así como otras personas que realicen actividades de riesgo para la diseminación del virus de la Hepatitis B que pertenezcan al sector público y privado, por lo que las entidades correspondientes deberán exigir el documento que acredite haber cumplido con la vacunación respectiva.

Esta vacuna se administra tres (03) dosis, cada una de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 23 G x 1" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1".

6.3.11 La Vacuna contra Influenza se aplica al menor de 3 años de edad, de acuerdo a lo indicado en el **numeral 5.1.12.1**, cada dosis de 0.25 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc con aguja 23 G x 1" ó jeringa retractable de 1 cc con aguja 25 G x 1".

La Vacuna contra Influenza se administra también a las personas mayores de 3 años con condiciones médicas crónicas de riesgo, cada dosis de 0.5 cc por vía

MINISTERIO DE SALUD D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

intramuscular con jeringa de 1 cc con aguja 23 G x 1" (debe tomarse en cuenta las indicaciones del numeral 5.1.12.1 de la presente Norma Técnica de Salud).

Del mismo modo se administra al adulto mayor de 60 años a más, y a la población joven y adulta considerada como de riesgo con la finalidad de prevenir las infecciones respiratorias graves ocasionadas por el virus de la influenza, una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc con aguja 23 G x 1" ó jeringa retractable de 1 cc con aguja 25 G x 1".

La vacuna contra la influenza está relacionada a un perfil epidemiológico estacional, por ello se sugiere su aplicación antes de la época de mayor frío, sin embargo se considera que la vacuna puede ser aplicada hasta la fecha de su vencimiento, priorizando siempre a la población más vulnerable y de las que habitan en regiones de extremo frio.

La población de riesgo descrita para esta vacunación son: personas con condiciones médicas crónicas de riesgo, personal de salud tanto asistencial como administrativo (preferentemente de áreas críticas: emergencias, cuidados intensivos) de todos los sectores tanto públicos como privados, cuerpo de bomberos, defensa civil, miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, así como los estudiantes de ciencias de la salud, funcionarios de entidades públicas, personal de los medios de difusión, personas privadas de su libertad, comunidades nativas y poblaciones vulnerables y susceptibles que viven en albergues y otros.
Por la idiosincrasia de la población adulta mayor (personas de 60 años a más) en donde las enfermedades crónicas degenerativas son prevalentes y cualquier complicación de las mismas podría coincidir con la vacunación, es conveniente la evaluación médica previa en las personas con diagnóstico confirmado de enfermedad crónica descompensada o con complicaciones.

6.3.12 La vacuna contra Neumococo se aplica en el menor de 1 año, en dos (02) dosis de 0.5 cc, en el 2do. y 4to. mes de vida, y en el niño de 1 año una dosis de 0.5 cc en el 12o. mes de vida, por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 25 G x 1", con la finalidad de prevenir enfermedades respiratorias severas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media.

La vacuna contra Neumococo también se aplica a los niños a partir de los 2 años hasta los 4 años, 11 meses y 29 días de edad con factores de riesgo, tales como: pacientes con enfermedades renales crónicas, con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con cardiopatías, con diabetes, con hemoglobinopatías, con Síndrome de Down, con cáncer y esplenectomizados e inmunosuprimidos, entre otros; cada dosis de 0.5 cc se administra por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 23 G x 1" ó con jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1".

A partir del año 2009 en aquellos niños que no accedan a su cronograma de vacunación con oportunidad, se completará el esquema de vacunación contra neumococo sólo hasta los de 3 años de edad, tomando en cuenta que el corte de población que se beneficiará con esta vacunación serán todos los niños nacidos desde octubre del año 2007.

Los niños que no se vacunaron con oportunidad o que correspondan a niños mayores de 1 año, se les aplicará el siguiente esquema de vacunación:

- Esquema para niños que inician vacunación antineumocóccica conjugada después de los 2 meses de edad, hasta los 7 meses y 29 días **(tres dosis)**

D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

Dosis	Intervalo entre dosis	Vía de administración
Primera	Primera visita	IM
Segunda	2 meses posterior a primera dosis	IM
Tercera	A los 12 meses de edad	IM

- Esquema para niños que inician vacunación antineumocóccica Antineumococcica conjugada después de los 7 meses y 29 días, hasta los 11 meses y 29 días **(tres dosis)**

Dosis	Intervalo entre dosis	Vía de administración
Primera	Primera visita	IM
Segunda	2 meses posterior a primera dosis	IM
Tercera	2 meses posterior a segunda dosis	IM

- Esquema para niños que inician vacunación antineumocóccica conjugada después de los 12 meses de edad, hasta los 23 meses y 29 días **(dos dosis)**

Dosis	Intervalo entre dosis	Vía de administración
Primera	Primera visita	IM
Segunda	2 meses posterior a primera dosis	IM

- Esquema para niños que inician vacunación antineumocóccica conjugada después de los 24 meses de edad hasta los 5 años (niños sólo con factores de riesgo) **(una sola dosis)**

Dosis	Intervalo entre dosis	Vía de administración
Primera	Primera visita	IM

6.3.13 La Vacuna contra Rotavirus en el menor de 6 meses de edad, se aplica en dos (02) dosis en el 2do. y 4to. mes de vida, cada dosis de 1.5 cc por vía oral con la finalidad de prevenir las gastroenteritis graves producidas por rotavirus. Es importante mencionar que esta vacuna por ningún motivo deberá aplicarse después de los 6 meses de vida.

Cuando la vacunación con rotavirus no se haya dado con oportunidad, el niño podrá iniciar la primera dosis hasta los 4 meses de edad con un intervalo mínimo de 4 semanas para la aplicación de la segunda dosis.

6.3.14 La Vacuna DT pediátrico en el menor de 5 años, se administra a los niños que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna Pentavalente o DPT, se aplica en dos (02) dosis con intervalos de 8 semanas entre dosis y dosis, cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 25 G x 1".

6.3.15 La Vacuna contra Haemophilus Influenzae tipo B (Hib) en el menor de 5 años, se administra a los niños que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna Pentavalente o DPT, se aplica en dos (02) dosis con intervalos de 8 semanas entre dosis y dosis, cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 25 G x 1".

6.3.16 La Vacuna contra Sarampión y Rubéola (SR) se administra a la población susceptible o en riesgo de enfermar de sarampión o rubéola, así como a la población mayor de 5 años susceptible para sarampión y rubéola que vive en fronteras, se aplica una (01) dosis al contacto con el establecimiento de salud, cada dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el brazo con jeringa de 1 cc con aguja de 25 G x 5/8".

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud de las Personas D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

6.3.17 La Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) en las niñas de 10 años, se administran 03 dosis de 0.5 cc, la primera dosis al primer contacto con el establecimiento de salud, la segunda dosis a los 2 meses de la primera dosis y la tercera dosis a los 4 meses de la segunda dosis, por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 25 G x 1".

6.4 A partir del año 2009 el Esquema Nacional de Vacunación establece que se universalice el uso de las vacunas: contra el Neumococo y contra el Rotavirus, las cuales se aplicarán principalmente en la población infantil menor de 1 año en todo el país.

6.5 En el Esquema Nacional de Vacunación se contemplan vacunas en presentación líquida o liofilizada las cuales al reconstituirse pasan a ser líquidas también, éstas a su vez están indicadas para ser administradas por vía oral o parenteral. El lugar y vía de administración de las vacunas del esquema nacional de vacunación, se describe en los anexos correspondientes de la presente Norma Técnica de Salud. **(ANEXO G).**

6.6 En el marco de la descentralización, el nivel central garantiza el financiamiento de los insumos (vacunas, jeringas y cajas de eliminación de elementos punzocortantes), así como el pago de la distribución de los mismos desde el nivel central al nivel regional. Las regiones deberán garantizar el presupuesto necesario para los gastos operativos de las actividades de inmunizaciones en el ámbito urbano y rural, con especial énfasis de garantizar el acceso de la vacunación a las comunidades dispersas y excluidas.

6.7 Para la vacunación de comunidades dispersas y excluidas, el Esquema de Vacunación Nacional deberá ser flexible, considerando márgenes de intervalos de las dosis de vacuna a aplicar considerando el rango mínimo de 4 semanas entre dosis y dosis, el rango máximo puede ser de 2 meses hasta un año entre dosis y dosis, esto en razón al número y frecuencia de las visitas que realizan los equipos itinerantes de salud que brindan *Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas* (AISPED).

Es importante tener en consideración que para la vacuna Rotavirus este margen de intervalo no puede sobrepasar los 6 meses de edad (ver numeral 5.1.14). La vacunación a las Comunidades Dispersas y Excluidas debe garantizarse en concordancia a la normativa vigente, para lo cual se hace necesario que:

6.7.1 Las Direcciones Regionales de Salud y las unidades ejecutoras que correspondan garanticen la sostenibilidad de los equipos AISPED para asegurar la continuidad de las intervenciones de salud integral y de las inmunizaciones en las comunidades dispersas y excluidas.

6.7.2 El acceso a las comunidades nativas e indígenas deberá enmarcarse en los procesos de interculturalidad, respetando sus patrones de consumo, organización comunal y costumbres.

6.7.3 Los indicadores de oportunidad en la atención de comunidades dispersas y excluidas no contemplará el esquema de niño vacunado para su edad, sino el esquema de niño con vacunas completas en el año de intervención.

6.8 La vacunación en el personal de salud es responsabilidad de todas las entidades del sector salud sean públicas o privadas en esta categoría están incluidas todas las personas que estudian carreras de ciencias de las salud o ligadas a las intervenciones sanitarias o médico asistenciales.

Esta vacunación debe ser implementada como una estrategia de promoción y protección de la salud del trabajador de salud, coordinada y programada con el área de salud ocupacional quien será responsable del cumplimiento y seguimiento del presente esquema de vacunación, proporcionando la información correspondiente al área de inmunizaciones.

6.9 Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud y las que hagan sus veces en el ámbito regional, deben tener establecidos formalmente sus comités técnicos operativos los cuales son responsables de la elaboración del plan regional de

MINISTERIO DE SALUD D.G.
C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

inmunizaciones y de garantizar las actividades de inmunizaciones en el ámbito de jurisdicción correspondiente.

6.10 El Esquema Nacional de Vacunación, contempla la administración de 15 vacunas, y contempla las actividades regulares y complementarias de inmunizaciones y su aplicación se hará según lo descrito en el siguiente esquema:

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN:

ACTIVIDAD REGULAR: (Vacunación del Niño menor de 5 años)

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Niños menores de un año	Recién nacido	BCG (*)
	Recién nacido	HVB monodosis (*)
	2 meses	1ra dosis Pentavalente + 1ra dosis APO (**) + 1ra dosis Vac. contra rotavirus +1ra dosis Antineumocóccica
	4 meses	2da dosis Pentavalente + 2da dosis APO(**) + 2da dosis Vac. contra rotavirus + 2da dosis Antineumocóccica
	6 meses	3ra dosis Pentavalente + 3ra dosis APO(**)
Niños desde los 7 meses a 23 meses, 29 días	A partir de los 7 meses	1ra dosis Influenza
	Al mes de la primera dosis de Influenza	2da dosis Influenza
Niños de un año	12 meses	1ra dosis SPR + 3ra dosis Antineumocóccica
Niños de 15 meses	15 meses de edad	Una dosis de Vac. Antiamarílica
Niños de 18 meses	18 meses de edad (***)	Primer refuerzo de vacuna DPT
Niños de 2 años	24 meses hasta 35 meses y 29 días	Una dosis Influenza + Una dosis de Antineumococcica (****)
Niños de 3 años	36 meses hasta 47 meses y 29 días	Una dosis Influenza (****)+ Una dosis de Antineumococcica (****)
Niños de 4 años	4 años	Segundo refuerzo DPT + Primer Refuerzo SPR + Una dosis Influenza (****) + Una dosis de Antineumococcica (****)

(*) La vacuna contra la Tuberculosis (BCG) y la Hepatitis B en el recién nacido debe darse dentro de las 24 horas de haber nacido.

(**) APO: Vacuna Antipolio oral.

(***) En aquellos que no hayan completado oportunamente la vacuna Pentavalente, se administrará el primer refuerzo de la vacuna DPT a los 6 meses de haber recibido la tercera dosis de Pentavalente.

(****) Solo para el 5% de niños de esta edad que tienen factores de co-morbilidad

MINISTERIO DE SALUD D.G.

C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ACTIVIDAD REGULAR: (Vacunación mayores de 5 años):

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Niñas de 10 a 10 años, 11 meses y 29 días años a nivel nacional	10 años o a la edad de primer contacto con el servicio de salud	1ra dosis VPH
	A los dos (2) meses de haber recibido la primera dosis	2da dosis VPH
	Transcurrido seis (6) meses después de la primera dosis	3ra dosis VPH

ACTIVIDAD REGULAR: (Vacunación mayores de 5 años):

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Mujeres en edad reproductiva (MER), incluye la población gestante (Adolescentes y adultos)	10 ó 15 años o a la edad de primer contacto con el servicio de salud	1ra dosis dT
	A los dos (2) meses de haber recibido la primera dosis	2da dosis dT
	Transcurrido seis (6) meses después de la primera dosis	3ra dosis dT
Varones mayores de 15 años susceptibles para diphteria y tétanos y población de riesgo para diphteria y tétanos).	15 años o a la edad de primer contacto con el servicio de salud	1ra dosis dT
	A los dos (2) meses de haber recibido la primera dosis	2da dosis dT
	Transcurrido seis (6) meses después de la primera dosis	3ra dosis dT
Niños mayores de 2 años y población considerada de riesgo, susceptibles para fiebre amarilla, que viven en zonas endémicas o que se desplazan a zonas endémicas.	Al primer contacto con servicio de salud	Una dosis Vac. Antiamarílica
Personas que no terminaron su esquema de vacunación contra Hepatitis B en el año 2008, 100% mayor de 5 años, población de riesgo para HvB: Trabajadores Sexuales (TS), Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, población en general que la demande	Al primer contacto con servicio de salud	1ra dosis Vac. HvB
	A los dos (2) meses de haber recibido la primera dosis	2da dosis Vac. HvB
	Transcurrido seis (6) meses después de la primera dosis	3ra dosis Vac. HvB
Mayores de 3 años con condiciones médicas crónicas de riesgo, Población de 60 años a más, y grupos de riesgo para vacunación contra Influenza: Cuerpo de bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, personal diplomático, miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, estudiantes ciencias de la salud	Al primer contacto con el servicio de salud	Una dosis Vac. Influenza

dT: Vacuna contra diphteria y tétanos / HvB: Vacuna contra Hepatitis B.

C. ACOSTA S.

VACUNACIÓN ESPECIAL: Niños portadores de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o nacidos de madres portadoras del VIH.

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Menor de un año	Recién nacido	Una dosis de BCG
	Recién nacido	Una dosis de HVB monodosis (*)
	2 meses	1ra dosis Pentavalente + 1ra dosis IPV (**) + 1ra dosis Antineumocóccica
	4 meses	2da dosis Pentavalente + 2da dosis IPV (**) + 2da dosis Antineumocóccica
	6 meses	3ra dosis Pentavalente + 3ra dosis IPV (**)
Desde los 6 meses a 23 meses, 29 días	A partir de los 7 meses	1ra dosis Influenza
	Al mes de la primera dosis de Influenza	2da dosis Influenza
Un año	12 meses	Una dosis SPR (***) + 3ra dosis Antineumocóccica

(*) La vacuna contra Hepatitis B en el recién nacido debe darse dentro de las 24 horas de haber nacido.
(**) IPV: Vacuna Antipolio inyectable.
(***) SPR: (vacuna contra sarampión, paperas y rubéola), se aplicará siempre y cuando el niño no se encuentre en estadio SIDA o con inmunodeficiencia severa.

VACUNACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD:

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Personal de salud de todos los sectores tanto públicos como privados	Al primer contacto con servicio de salud	1ra dosis Vac. HvB
	A los dos (2) meses de haber recibido la primera dosis	2da dosis Vac. HvB
	Transcurridos seis (6) meses después de la primera dosis	3ra dosis Vac. HvB
Personal de salud administrativo y asistencial (preferentemente de las áreas asistenciales de emergencia, unidad de cuidados intensivos)	Al contacto con el servicio de salud	Una dosis de Vac. Influenza
Personal de salud que por razones laborales se desplace a zonas endémicas para Fiebre Amarilla	Al contacto con el servicio de salud	Una dosis de Antiamarílica
Personal de salud de riesgo para Tétanos y Diphteria	Al primer contacto con el servicio de salud	1ra dosis dT
	A los dos (2) meses de haber recibido la primera dosis	2da dosis dT
	Transcurrido seis (6) meses después de la primera dosis	3ra dosis dT

VACUNACIÓN COMPLEMENTARIA:

GRUPO OBJETIVO	EDAD	ACTIVIDAD	VACUNA
Niño menor de 5 años	< 5 años	Semana de las Américas	Todas las vacunas del esquema regular
Mujer en edad reproductiva (MER), 10 a 49 años	Al primer contacto con el servicio de salud o brigada de vacunación		dT adulto (*)

(*) dT (vacuna contra diphteria y tétanos)

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud de las Personas D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

VACUNACIÓN COMPLEMENTARIA:

GRUPO OBJETIVO	EDAD	ACTIVIDAD	VACUNA
100% Niños de 1 a 4 años, 11 meses y 29 días susceptible para sarampión y rubéola	Al primer contacto con el servicio de salud o brigada de vacunación	Barrido nacional	SPR o SR (*)
100% Niños de 1 a 4 años, 11 meses y 29 días susceptible para poliomielitis	Al primer contacto con el servicio de salud o brigada de vacunación	Barrido regional o local	APO

(*) SPR (vacuna contra sarampión, paperas y rubéola), SR (vacuna contra sarampión y rubéola)
(**) DPT (vacuna contra diphteria, pertussis y tétanos

6.11 Las actividades de inmunizaciones deberán ser monitoreadas y supervisadas por los equipos técnicos responsables, evaluando los indicadores de vacunación de manera mensual, trimestral y anual, implementando las acciones correctivas en los distritos o establecimientos de salud que no cumplan con la meta.

6.12 En el marco del Presupuesto por Resultados (PPR) la programación de las metas y actividades de inmunización en cada región deberá garantizar el acceso al 100% de la población infantil menor de 3 años, aunando esfuerzos con la articulación de todos los sectores y la sociedad civil para garantizar el financiamiento de los gastos operativos de inmunizaciones.

6.13 Las autoridades correspondientes en cada región, deberán velar por el cumplimiento de la gratuidad de la vacunación en todos los establecimientos de salud públicos y privados que usen vacunas provistas por el Ministerio de Salud.

6.14 La aplicación del Esquema Nacional de Vacunación es obligatorio en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, Seguro Social del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, considerando además a todos los establecimientos de salud privados que estén involucrados en la programación de las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el nivel regional y Direcciones de Salud correspondientes.

6.15 Los criterios de programación para inmunizaciones son propuestos por el nivel nacional y sirven de parámetro para la programación de las regiones los cuales se ajustarán según la realidad regional, distrital y local, fundamentados en la micro planificación y el sustento técnico correspondiente del comité técnico operativo en cada DISA/DIRESA o quienes hagan sus veces en el ámbito regional. Estos criterios se adjuntan a la presente Norma Técnica de Salud en los anexos correspondientes. **(ANEXO H).**

6.16 El sistema de información estadístico de las regiones deberá permitir el registro de los vacunados en los formatos implementados por la Oficina de Estadística e Informática del nivel central del Ministerio de Salud. Asimismo el Carné de Atención Integral del Niño **(ANEXO I)** y de la Niña **(ANEXO J)**, y las personas mayores de 12 años **(ANEXO K)**, registrará las vacunas administradas de acuerdo al Esquema Nacional de Vacunación cuyos formatos se adjuntan en la presente Norma Técnica de Salud.

6.17 **Las actividades complementarias de inmunizaciones a partir del año 2009, comprende:**

6.17.1 Campaña Nacional de Vacunación de "Semana de Vacunación en las Américas", en el Perú se realiza en los meses de abril y mayo de cada año, iniciando la última semana del mes de abril, continuando durante todo el mes de mayo, dicha actividad está orientada a:

MINISTERIO DE SALUD D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

- ✓ Completar los esquemas de vacunación del programa regular de las vacunas que según el análisis de riesgo han generado una brecha de población susceptible de enfermar, la priorización de las vacunas a completar será de acuerdo a lo programado por cada región de acuerdo a su realidad y análisis local.
- ✓ Aplicación de una vacuna especifica contemplada en el esquema regular que según el tiempo de vigencia o variable estacional (vacuna contra Influenza), se tenga que programar en el primer semestre del año.

6.17.2 Barridos de Sarampión y rubéola como campañas de seguimiento para disminuir el número de susceptibles para sarampión y rubéola y mantener la eliminación del virus de sarampión y rubéola en el Perú, la recomendación dada por la OMS-OPS es realizar una vacunación masiva a través de barridos en la población susceptible con un lapso de tiempo de 4 años entre barrido y barrido.

Considerando el último barrido de sarampión y rubéola en el año 2006, corresponderia realizar el barrido de sarampión y rubéola al 100% de la población susceptible de 1 a 4 años de edad, y en tanto no se haya determinado la erradicación de estas enfermedades deberá considerarse esta intervención en los años siguientes considerando el intervalo especificado. En esta intervención se usa la vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR) o la vacuna contra Sarampión y Rubéola (SR), las cuales se administran cada dosis de 0.5 cc por vía subcutánea con jeringa de 1 cc con aguja 25 G x 5/8"ó jeringa retractable de 1 cc con aguja 25 G x 5/8".

6.17.3 Barridos de Polio Oral como campañas de seguimiento para disminuir el número de susceptibles para Poliomielitis y mantener la eliminación del virus de poliomielitis en el Perú, la recomendación dada por la OMS-OPS es realizar una vacunación masiva a través de barridos en la población susceptible.

Considerando el último barrido de Polio Oral en el año 2000, es conveniente realizar el barrido de polio al 100% de la población susceptible de 1 a 4 años de edad, y en tanto no se haya determinado la erradicación de estas enfermedades en otros países del mundo deberá considerarse esta intervención en razón del acumulo de susceptibles en el país, se usara la vacuna contra la Polio Oral, las cuales se administran en dos (02) dosis, con intervalo de 2 meses entre dosis y dosis, cada dosis de 2 gotas por vía oral.

VII. RESPONSABILIDADES:

Nivel Nacional

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, es responsable de difundir la presente NTS hasta el nivel regional, así como de supervisar y asesorar a las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud y las que hagan sus veces, en la implementación del nuevo Esquema Nacional de Vacunación.

Nivel Regional

Las Direcciones de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de difundir, cumplir y hacer cumplir lo establecido en la presente Norma Técnica de Salud e informar al nivel nacional de lo ejecutado.

Nivel Local

Las Redes, Microrredes y establecimientos de salud públicos y privados, son responsables de dar cumplimiento a la presente Norma Técnica de Salud e informar de lo ejecutado al nivel inmediato superior.

MINISTERIO DE SALUD V°B° D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

VIII. ANEXOS:

ANEXO A: Formatos A para los Registros de Vacunación de la niña y el niño.

ANEXO B: Formatos A para los Registros de Vacunación de las Mujeres en Edad Reproductiva (MER) y Otros Grupos de Vacunación (Joven, Adulto, Adulto Mayor y Población en Riesgo).

ANEXO C: Formatos B para los Registros de Vacunación de la niña y el niño.

ANEXO D: Formatos B para los Registros de Vacunación de las Mujeres en Edad Reproductiva (MER) y Otros Grupos de Vacunación (Joven, Adulto, Adulto Mayor y Población en Riesgo).

ANEXO E: Formatos A y B para los Registros de Vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) en las niñas de 10 años de edad, como población cautiva (en entidades educativas).

ANEXO F: Informe Analítico de Inmunizaciones.

ANEXO G: Lugar y Vías de Administración de las Vacunas del Esquema Nacional de Vacunación.

ANEXO H: Criterios de Programación por todas las vacunas y actividades de las Intervenciones de Vacunación Regular.

ANEXO I: Carné de Atención Integral del Niño.

ANEXO J: Carné de Atención Integral de la Niña.

ANEXO K: Carné de Vacunación de las personas mayores de 12 años.

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud de las Personas D.G.

C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO A:

PERÚ Ministerio de Salud

FORMULARIO "A1" - NIÑOS Y NIÑAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA 2011

Pág 01

A.- DIRECCION DE SALUD : ____________
B.- RED : ____________
C.- MICRORED : ____________
D.- ESTABLECIMIENTO: ____________
E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ___/___/___ (dd mm aa)

F.- DEPARTAMENTO : ____________
G.- PROVINCIA : ____________
H.- DISTRITO : ____________
I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : ____________
J.- UNIDAD EJECUTORA: ____________

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :
K.1.- REGULAR ☐
K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐
K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐
K.2.- NO REGULAR ☐
K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐
K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐
K.2.3. BARRIDO ☐
K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

L.-	M.-	N.-	O.-	P.- RESIDENCIA HABITUAL			Q.-	1.- Menores de 01 Año																										
Nº de Historia Clínica	Nº de D.N.I.	Nombres y Apellidos	Dirección	Departamento	Provincia	Distrito	Edad Puntual	BCG		HvB		Antipolio			Pentavalente			Para reacciones adversas a Pentavalente: Dt (p)		HvB		HiB		Rotavirus		Neumo-Coco		Influenza		Antipolio (IPV) (Población en Riesgo)		
								24H	28d	24H	48H	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	3°
						R.- TOTAL =>																										

MINISTERIO DE SALUD D.G.
C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO A:

NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

PERÚ Ministerio de Salud

FORMULARIO "A1" - NIÑOS Y NIÑAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA 2011

A.- DIRECCION DE SALUD : ____________________

B.- RED : ____________________

C.- MICRORED : ____________________

D.- ESTABLECIMIENTO: ____________________

E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ____/____/____ (dd mm aa)

F.- DEPARTAMENTO : ____________________

G.- PROVINCIA : ____________________

H.- DISTRITO : ____________________

I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : ____________________

J.- UNIDAD EJECUTORA: ____________________

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :

K.1.- REGULAR ☐
- K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐
- K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐

K.2.- NO REGULAR ☐
- K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐
- K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐
- K.2.3. BARRIDO ☐
- K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

2.- 01 Año

Neumococo	SPR	Influenza	12 a 23 Meses		15 Meses	18 Meses		Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario											
			Neumococo (Iniciaron vacunación después de 01a)		Anti Amarílica	Ref. DPT	Ref. Hib	Antipolio			Pentavalente			Dt (p)		HBV		HIB	
3°	1°	1°	1°	2°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°

3.- 02 Años

Influenza		Neumococo		Ref. Hib	AMA (Los q viajan zonas endémicas)	Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario											
Con Morbilidad	Sin Morbilidad	Con Condición Médica Crónica	Sin Condición Médica Crónica			Antipolio			Pentavalente			Dt (p)		HBV		HIB	
1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°

C. ACOSTA S.

ANEXO A:

PERÚ | Ministerio de Salud | Dirección General de Salud de las Personas

FORMULARIO "A1" - NIÑOS Y NIÑAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA 2011

Pág. 01

A.- DIRECCION DE SALUD : ------------------------
B.- RED : ------------------------
C.- MICRORED : ------------------------
D.- ESTABLECIMIENTO: ------------------------
E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ____/____/____ (dd mm aa)

F.- DEPARTAMENTO : ------------------------
G.- PROVINCIA : ------------------------
H.- DISTRITO : ------------------------
I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : ------------------------
J.- UNIDAD EJECUTORA: ------------------------

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :
K.1.- REGULAR ☐
K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐
K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐
K.2.- NO REGULAR ☐
K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐
K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐
K.2.3. BARRIDO ☐
K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

4.- 03 Años																
Influenza		Neumococo		AMA (Los q viajan zon	Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario											
Con Morbilidad	Sin Morbilidad	Con Condición	Sin Condición		Antipolio			Pentavalente			Dt (p)		HBV		HIB	
1°	1°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°

5.- 04 Años																		
Influenza		Neumococo		AMA (Los q viajan zonas endemicas)	Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario												Ref DPT	Ref SPR
Con Morbilidad	Sin Morbilidad	Con Condición Médica	Sin Condición Médica Crónica		Antipolio			Pentavalente			Dt (p)		HBV		HIB			
1°	1°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	1°

6.- 05 a 11 Años											
Influenza				Neumococo				AMA	Hepatitis B		
Con Morbilidad		Sin Morbilidad		Con Morbilidad		Sin Morbilidad					
1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	1°	2°	3°

7.- 10 Años (Niñas)		
Vacuna contra el Papiloma Virus Humano		
1°	2°	3°

MINISTERIO DE SALUD - Direc. Gral. de Salud de las Personas - D.G.
C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO B:

PERÚ Ministerio de Salud

FORMULARIO "A2" - MER y Otros Grupos

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO - 2011

Pág. 01

A.- DIRECCION DE SALUD : ______________
B.- RED : ______________
C.- MICRORED : ______________
D.- ESTABLECIMIENTO: ______________
E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ___/___/___ (dd mm aa)

F.- DEPARTAMENTO : ______________
G.- PROVINCIA : ______________
H.- DISTRITO : ______________
I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : ______________
J.- UNIDAD EJECUTORA: ______________

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :
K1.- REGULAR ☐
K1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐
K1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐
K2.- NO REGULAR ☐
K2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐
K2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐
K2.3. BARRIDO ☐
K2.4. CONTROL DE BROTE ☐

L.-	M.-	N.-	O.-	P. RESIDENCIA HABITUAL			Q.-	1.dT ADULTO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (M.E.R.) DE 10 A 49 AÑOS																								2. dT ADULTO														
N° H.C.	N° de D.N.I.	Nombres y Apellidos	Dirección	Dpto.	Prov.	Distrito	EDAD	Adolescente de 10 - 11 años						Adolescente de 12 - 17 años						Adolescentes de 18- 29 años						Mujeres de 30 - 49 años						Varones en Riesgo														
								No Gestantes			Gestantes			No Gestantes			Gestantes			No Gestantes			Gestantes			No Gestantes			Gestantes			10 - 11 Años			12 - 17 Años			18 - 29 Años			30 - 59 Años			60 a +		
								1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
R.- TOTAL =>																																														

MINISTERIO DE SALUD D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO B:

PERÚ Ministerio de Salud

FORMULARIO "A2" - MER y Otros Grupos

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO - 2011

A.- DIRECCION DE SALUD : ____________________

B.- RED : ____________________

C.- MICRORED : ____________________

D.- ESTABLECIMIENTO: ____________________

E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ___/___/___
dd mm aa

F.- DEPARTAMENTO : ____________________

G.- PROVINCIA : ____________________

H.- DISTRITO : ____________________

I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : ____________________

J.- UNIDAD EJECUTORA: ____________________

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :

K.1.- REGULAR ☐

K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐

K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐

K.2.- NO REGULAR ☐

K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐

K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐

K.2.3. BARRIDO ☐

K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

3.- INFLUENZA ESTACIONAL EN OTROS GRUPOS (MAYORES DE 10 AÑOS)													4.- Población de 12 a 59 Años: Vacunación contra la Hepatitis B									5.- Personas en Riesgo: HVB ADULTO						6.- Antiamarílica (Población no Vacunada y Persona que viaja a zonas endémicas)		
Con Condiciones Médicas Crónicas					Mayores de 60 Años	Otros Grupos en Riesgo							De 12 a 17 Años			De 18 a 29 Años			De 30 a 59 Años			Personal de Salud			Otros Gpos en Riesgo			12 a 17 Años	18 a 29 Años	30 a 59 Años
10 a 11 Años	12 a 17 Años	18 a 29 Años	30 a 59 Años	60 a + Años		Personal de Salud	Policia Nacional	Fuerzas Armada	Bomberos	Defensa Civil	Estudiant Ciencia S.	Otros										DOSIS			DOSIS					
					1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°			

MINISTERIO DE SALUD D.G.

C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO C:

PERÚ Ministerio de Salud

FORMULARIO "B1" - NIÑOS Y NIÑAS

Pág 01

CONSOLIDADO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA 2011

A.- DIRECCION DE SALUD : ____________
B.- RED : ____________
C.- MICRORED : ____________
D.- ESTABLECIMIENTO: ____________
E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ____/____/____
dd mm aa

F.- DEPARTAMENTO : ____________
G.- PROVINCIA : ____________
H.- DISTRITO : ____________
I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : ____________
J.- UNIDAD EJECUTORA: ____________

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :
K.1.- REGULAR ☐
K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐
K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐
K.2.- NO REGULAR ☐
K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐
K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐
K.2.3. BARRIDO ☐
K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

L.- Nº	M.- RESIDENCIA HABITUAL			1.- Menores de 01 Año																									2.- 01 Año																			
	Departamento	Provincia	Distrito	BCG		HvB		Antipolio			Pentavalente			Para reacciones adversas a Pentavalente						Rotavirus		Neumococo		Influenza		Antipolio (IPV) (Población en Riesgo)			Neumococo	SPR	Influenza	12 a 23 Meses		15 Meses	18 Meses		Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario.											
														Dt (p)		HvB		HiB														Neumococo (Iniciaron vacunación después de 01a)		Anti Amarílica	Ref. DPT	Ref. Hib	Antipolio			Pentavalente			Dt (p)		HBV		HiB	
				48H	28d	24H	48H	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	3°	3°	1°	1°	1°	2°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°
			O.- TOTAL =>																																												

MINISTERIO DE SALUD
Direc. Gral. de Salud de las Personas
D.G.
C. ACOSTA S.

D.G.S.P.
INMUNIZACIONES
Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO C:

NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

PERÚ | Ministerio de Salud | Dirección General de Salud de las Personas

FORMULARIO "B1" - NIÑOS Y NIÑAS

CONSOLIDADO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA 2011

A.- DIRECCION DE SALUD : _____

B.- RED : _____

C.- MICRORED : _____

D.- ESTABLECIMIENTO: _____

E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ____/____/____
dd mm aa

F.- DEPARTAMENTO : _____

G.- PROVINCIA : _____

H.- DISTRITO : _____

I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : _____

J.- UNIDAD EJECUTORA: _____

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :

K.1.- REGULAR ☐

K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐

K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐

K.2.- NO REGULAR ☐

K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐

K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐

K.2.3. BARRIDO ☐

K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

3.- 02 Años																			4.- 03 Años																							
Influenza		Neumococo			Ref. Hib	AMA (Los q viajan zonas ende-mi-cas)	Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario												Influenza		Neumococo			Ref. Hib	AMA (Los q viajan zonas ende-mi-cas)	Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario																	
Con Morbilidad	Sin Morbilidad	Con Condición Médica Crónica	Sin Condición Médica Crónica				Antipolio			Pentavalente			Dt (p)		HBV		HIB		Con Morbilidad	Sin Morbilidad	Con Condición Médica Crónica	Sin Condición Médica Crónica				Antipolio			Pentavalente			Dt (p)		HBV		HIB						
1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°					

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud de las Personas D.G.
C. ACOSTA S.
V.°B.° DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO C:

NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.02

PERÚ | Ministerio de Salud

NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

FORMULARIO "B1" - NIÑOS Y NIÑAS

CONSOLIDADO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA 2011

A.- DIRECCION DE SALUD : _____

B.- RED : _____

C.- MICRORED : _____

D.- ESTABLECIMIENTO: _____

E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ____/____/____ (dd mm aa)

F.- DEPARTAMENTO : _____

G.- PROVINCIA : _____

H.- DISTRITO : _____

I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : _____

J.- UNIDAD EJECUTORA: _____

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :

K.1.- REGULAR ☐

K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐

K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐

K.2.- NO REGULAR ☐

K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐

K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐

K.2.3. BARRIDO ☐

K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

5.- 04 Años																																		6.- 05 a 11 Años												7.- 10 Años (Niñas)					
Influenza		Neumococo		AMA (Los q viajan zonas ende-	Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario												Ref. DPT	Ref. SPR	Influenza				Neumococo				AMA	Hepatitis B			Vacuna contra el Papiloma Virus Humano																							
Con Morbilidad	Sin Morbilidad	Con Condición Médica Crónica	Sin Condición Médica Crónica		Antipolio			Pentavalente			Dt (p)		HBV		HiB				Con Morbilidad		Sin Morbilidad		Con Morbilidad		Sin Morbilidad																											
1°	1°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	3°	2°	1°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS D.G. C. ACOSTA S.

DGSP Inmunizaciones Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO D:

NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.02

NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

PERÚ Ministerio de Salud

Pág. 01

FORMULARIO "B2" - MER y Otros Grupos

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO

A.- DIRECCION DE SALUD : ____________________

B.- RED : ____________________

C.- MICRORED : ____________________

D.- ESTABLECIMIENTO: ____________________

E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ____/____/____ (dd mm aa)

F.- DEPARTAMENTO : ____________________

G.- PROVINCIA : ____________________

H.- DISTRITO : ____________________

I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : ____________________

J.- UNIDAD EJECUTORA: ____________________

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :

K.1.- REGULAR ☐
- K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐
- K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐

K.2.- NO REGULAR ☐
- K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐
- K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐
- K.2.3. BARRIDO ☐
- K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

L.-	M. RESIDENCIA HABITUAL			1.dT ADULTO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (M.E.R.) DE 10 A 49 AÑOS																								2. dT ADULTO														
Nº	Dpto.	Prov.	Distrito	Adolescente de 10 - 11 años						Adolescente de 12 - 17 años						Adolescentes de 18- 29 años						Mujeres de 30 - 49 años						Varones en Riesgo														
				No Gestantes			Gestantes			No Gestantes			Gestantes			No Gestantes			Gestantes			No Gestantes			Gestantes			10 - 11 Años			12 - 17 Años			18 - 29 Años			30 - 59 Años			60 a +		
				1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º
O.- TOTAL =>																																										

ANEXO D:

NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

PERÚ Ministerio de Salud Oficina General de Estadística e Informática

FORMULARIO "B2" - MER y Otros Grupos

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO

A.- DIRECCION DE SALUD : ------------------------

B.- RED : ------------------------

C.- MICRORED : ------------------------

D.- ESTABLECIMIENTO: ------------------------

E.- FECHA DE VACUNACIÓN : ____/____/____

F.- DEPARTAMENTO : ------------------------

G.- PROVINCIA : ------------------------

H.- DISTRITO : ------------------------

I.- LUGAR DE LA VACUNACION (Localidad) : ------------------------

J.- UNIDAD EJECUTORA:

K.- ESTRATEGIA DE CAPTACION :

K.1.- REGULAR ☐
- K.1.1. DEMANDA POBLACIONAL ☐
- K.1.2. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ☐

K.2.- NO REGULAR ☐
- K.2.1. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ☐
- K.2.2. JORNADA DE VACUNACIÓN ☐
- K.2.3. BARRIDO ☐
- K.2.4. CONTROL DE BROTE ☐

3.- INFLUENZA ESTACIONAL EN OTROS GRUPOS (MAYORES DE 10 AÑOS)													4.- Población de 12 a 59 Años: Vacunación contra la Hepatitis B									5.- Personas en Riesgo: HVB ADULTO						6.- Antiamarílica (Población no Vacunada y Persona que viaja a zonas endémicas)		
Con Condiciones Médicas Crónicas					Mayores de 60 Años	Otros Grupos en Riesgo																Personal de Salud			Otros Gpos en Riesgo					
10 a 11 Años	12 a 17 Años	18 a 29 Años	30 a 59 Años	60 a + Años		Personal de Salud	Policía Nacional	Fuerzas Armada	Bomberos	Defensa Civil	Estudiant Ciencia S.	Otros	De 12 a 17 Años			De 18 a 29 Años			De 30 a 59 Años			DOSIS			DOSIS			12 a 17 Años	18 a 29 Años	30 a 59 Años
					1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°			

MINISTERIO DE SALUD D.G.
C. ACOSTA S.

DGSP Estrategia Sanitaria Nacional

NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.02

ANEXO E:

NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

PERÚ | Ministerio de Salud

FORMULARIO A1 - NIÑAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO CONTRA CANCER DE CUELLO UTERINO VIRUS PAPILOMA HUMANO "VPH"- AÑO 2011

J. Supervisado / Digitado

A.- DIRECCION DE SALUD : .....

B.- RED : .....

C.- MICRORED : .....

D.- ESTABLECIMIENTO: .....

E.- DEPARTAMENTO : .....

F.- PROVINCIA : .....

G.- DISTRITO : .....

H.- UNIDAD EJECUTORA: .....

VACUNACIÓN EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA

I.1.- NOMBRE DE INST. EDUCATIVA (De ser el caso):

I.2.- GRADO: ____ I.3.- SECCIÓN: ____

SUB SECTORES

- (•) MINSA
- ( ) ESSALUD
- ( ) Sanidad FFAA/PNP
- ( ) Privados
- ( ) Hospitales de la Solidaridad
- ( ) Municipales y Otros

K. Nº DE FORMULARIO

L. LOTE DE LA VACUNA :

Nº	M. Historia Clínica / Registro de Vacunado	N. Nº de D.N.I.	O. NOMBRES Y APELLIDOS	P. DIRECCION (Incluir referencia)	Q. DISTRITO DE PROCEDENCIA	R. FECHA DE NACIMIENTO	1ra DOSIS		2da DOSIS			3ra DOSIS		
							INSTITUC. EDUCATIVA	ESTABLEC. DE SALUD	INSTITUC. EDUCATIVA	ESTABLEC. DE SALUD	VISITA DOMICIL.	INSTITUC. EDUCATIVA	ESTABLEC. DE SALUD	VISITA DOMICIL.
1							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
2							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
3							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
4							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
5							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
6							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
7							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
8							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
9							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
10							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
11							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
12							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
13							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
14							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
15							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
16							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
17							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
18							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
19							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
20							/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

U. NOMBRE DE VACUNADOR : .....

V. DNI DE VACUNADOR : .....

W. FIRMA DE VACUNADOR

C. ACOSTA S.

ANEXO E:

NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

PERÚ | Ministerio de Salud

FORMULARIO B1 - NIÑAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN Y SEGUIMIENTO CONTRA CÁNCER DE CUELLO UTERINO VIRUS PAPILOMA HUMANO "VPH"- AÑO 2011

A.- DIRECCION DE SALUD : _____

B.- RED : _____

C.- MICRORED : _____

D.- ESTABLECIMIENTO: _____

E.- PERIODO: _____

F. RESIDENCIA HABITUAL				1ra DOSIS			2da DOSIS				3ra DOSIS			
UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	TOTAL VACUNADAS		Total Niñas Vacunadas 1ra Dosis	TOTAL VACUNADAS			Total Niñas Vacunadas 2da Dosis	TOTAL VACUNADAS			Total Niñas Vacunadas 3ra Dosis
				INSTITUC. EDUCATIVA	ESTABLEC. DE SALUD		INSTITUC. EDUCATIVA	ESTABLEC. DE SALUD	VISITA DOMICIL.		INSTITUC. EDUCATIVA	ESTABLEC. DE SALUD	VISITA DOMICIL.	
H. TOTAL DE VACUNADAS														

I. NOMBRE DEL RESPONSABLE DE INMUNIZACIONES _____

J. D.N.I. _____

K. FIRMA DEL RESPONSABLE DE INMUNIZACIONES _____

C. ACOSTA S.

DGSP Estrategia Sanitaria Nacional

NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUN

ANEXO F:

INFORME ANALITICO DE INMUNIZACIONES

DIRECCION DE SALUD: ----------
DEPARTAMENTO: ----------
PROVINCIA: ----------
DISTRITO: ----------
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: ----------
UNIDAD EJECUTORA: ----------
MES: ----------
AÑO: --------

A. - MENORES DE 01 AÑO — POBLAC. PROGRAM. :

Tipo de Vacuna		DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	Acum.	PROTEGIDOS Total	Acum.	Cob. (%)	Deserción
B.C.G.										
Hepatitis Viral B (HvB)										
Antipolio										
Pentavalente										
Para reacciones adversas a Pentavalente	Dt Pediatrico									
	HvB									
	HiB									
Rotavirus										
Neumococo										
Influenza										
Poblacion en Riesgo	Antipolio (IPV)									

B.- DE 01 AÑO — POBLAC. PROGRAM. :

Tipo de Vacuna		DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	PROTEGIDOS Total	Acum.	Cob. (%)
Neumococo								
SPR								
Influenza								
12 a 23M (desp.1a)	Neumococo							
15 Meses	AMA							
18M- Refuerzos	Ref DPT							
Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario	Antipolio							
	Pentavalente							
	Dt Pediatrico							
	HvB							
	HiB							

C.- DE 02 AÑOS — POBLAC. PROGR.

Tipo de Vacuna		DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	PROTEGIDOS Acum.	Cob. (%)
Influenza	Con Morbilidad						
	Sin Morbilidad						
Neumococo	Con Condic. Médica						
	Sin Condic. Médica						
AMA (Zonas Endémicas)							
Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario	Antipolio						
	Pentavalente						
	Dt Pediatrico						
	HvB						
	HiB						

D.- DE 03 AÑOS — POBLAC. PROGR.

DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	PROTEGIDOS Acum.	Cob. (%)

E.- DE 04 AÑOS — POBLAC. PROGR.

Tipo de Vacuna		DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	PROTEGIDOS Acum.	Cob. (%)
Influenza	Con Morbilidad						
	Sin Morbilidad						
Neumococo	Con Condic. Médica						
	Sin Condic. Médica						
AMA (Zonas Endémicas)							
Niños que no fueron vacunados oportunamente según Calendario	Antipolio						
	Pentavalente						
	Dt Pediatrico						
	HvB						
	HiB						
Refuerzos	Ref DPT						
	Ref SPR						

F.- DE 05 A 11 AÑOS — POBLAC. PROGR.

Tipo de Vacuna		DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	PROTEGIDOS Acum.	Cob. (%)
Influenza	Con Morbilidad						
	Sin Morbilidad						
Neumococo	Con Condic. Médica						
	Sin Condic. Médica						
AMA (Zonas Endémicas)							
Hepatitis B							

F.- dT ADULTO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE 10 A 49 AÑOS

F1.- NO GESTANTES — POBLAC. PROGR.

Tipo de Vacuna	DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	PROTEGIDAS Acum.	Cob. (%)
10 a 11 años						
12 a 17 años						
18 a 29 años						
30 a 49 años						

F2.- GESTANTES — POBLAC. PROGR.

Tipo de Vacuna	DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	PROTEGIDAS Acum.	Cob. (%)
10 a 11 años						
12 a 17 años						
18 a 29 años						
30 a 49 años						

G.- dT ADULTO: VARONES EN RIESGO

Tipo de Vacuna	DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total	PROTEGIDAS Acum.	Cob. (%)
10 a 11 años						
12 a 17 años						
18 a 29 años						
30 a 59 años						
60 a + años						

H.- INFLUENZA ESTACIONAL EN OTROS GRUPOS (>10 AÑOS)

Grupos		Total
Con Condiciones Médicas Crónicas	10 a 11 años	
	12 a 17 años	
	18 a 29 años	
	30 a 59 años	
	60 a + años	
Mayores de 60 años		
Personal de Salud		
Policia Nacional		
Fuerzas Armadas		
Bombe-ros		
Defensa Civil		
Estudiant Ciencia S.		
Otros		

I.- POBLACIÓN DE 12 A 59 AÑOS: VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B

Tipo de Vacuna	DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total
12 a 17 años				
18 a 29 años				
30 a 59 años				
Personal de Salud				
Otros Gpos de Riesgo				

J.- NIÑAS DE 10 AÑOS: VACUNACIÓN CONTRA PAPILOMA VIRUS HUMANO

Tipo de Vacuna	DOSIS APLICADAS 1ra.	2da.	3ra.	Total
VPH				

K.- ANTIAMARILICA (Población no Vacun. y Persona que viaja a zonas endémic

Tipo de Vacuna	Total
12 a 17 años	
18 a 29 años	
30 a 59 años	

ESTE FORMATO ES DE USO LOCAL, NO SERÁ REMITIDO AL MINSA.

ESTABLECIMIENTOS QUE DEBEN INFORMAR
ESTABLECIMIENTOS QUE INFORMARON

C. ACOSTA S.

ANEXO G:

LUGAR Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LAS VACUNAS DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN:

Las vías de administración de las vacunas que se aplican en el Esquema Nacional de Vacunación corresponden principalmente a la VÍA ORAL y la VÍA PARENTERAL, las cuales se describen a continuación:

Vía oral, es la vía utilizada para las vacunas como la Antipolio (VPO) y vacuna contra el Rotavirus, para las cuales se deben tener las siguientes consideraciones:

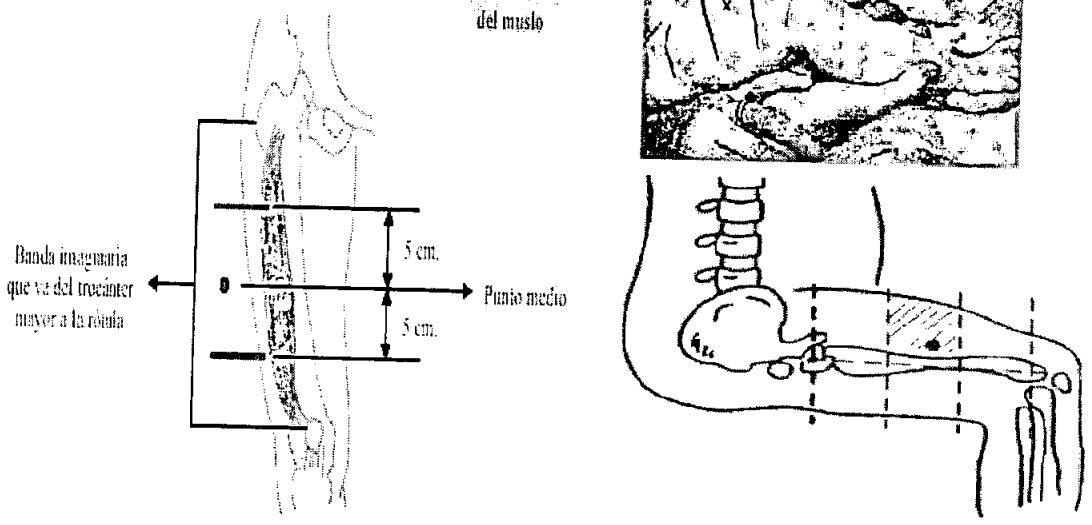
- Si se utilizan viales monodosis, como el caso de la vacuna contra el Rotavirus se administrarán directamente en la boca.
- Si son envases multidosis, como el caso de la vacuna Antipolio se dará la dosis correspondiente a una distancia adecuada de manera tal que evite el contacto con los labios y la comisura o mucosa bucal del vacunado.

Vía Parenteral, por esta vía se administran las vacunas inyectables, las cuales deben aplicarse en el lugar donde la inmunogenicidad sea mayor y con el menor riesgo de que se pueda producir una lesión local de vasos, nervios o tejidos, por lo que se deben usar agujas con la longitud y calibre adecuados. Las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación contemplan 3 vías de administración parenteral:

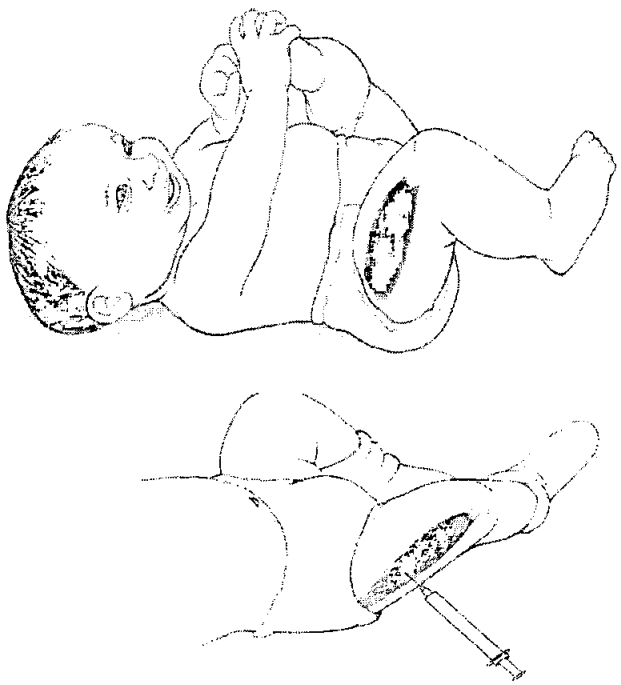
- **Vía intramuscular:** Se utiliza esta vía para la administración en la masa muscular profunda de un producto biológico (inmunoglobulinas o vacunas) que será absorbido de forma rápida. Es la vía de elección para las vacunas fraccionadas o que contienen aluminio como adyuvante. En los pacientes con diátesis hemorrágica se utilizará la vía subcutánea siempre que el tipo de vacuna lo permita (que no se produzca una reducción importante de su inmunogenicidad). Si la vacuna no puede administrarse por otra vía lo haremos con una aguja de menor calibre, con presión durante 2 minutos. Los lugares indicados para administrar las vacunas por vía intramuscular son:

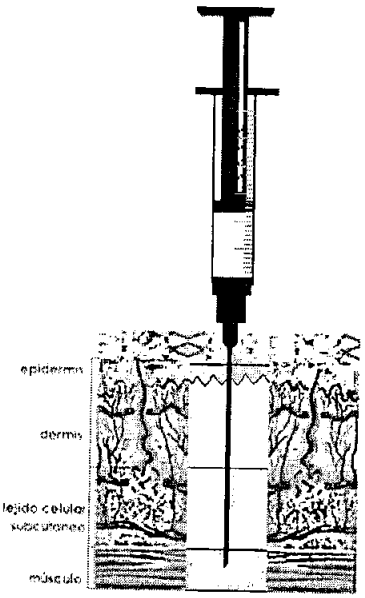
a.- **Músculo Vasto externo o cara ántero lateral del muslo**: esta es la localización indicada para la inyección intramuscular en recién nacidos, lactantes y niños menores de 12 meses. El niño debe estar en posición decúbito supino lateral o sentado para tener el músculo más relajado. La localización del punto de inyección se hará dividiendo en tres partes el espacio entre el trocánter mayor del fémur y la rodilla, se trazará una línea imaginaria media horizontal que divida la parte externa del muslo, identificando así como punto correcto el tercio medio, justo encima de la línea horizontal imaginaria ya trazada (Fig.1). Para esta vía se usa en el recién nacido una jeringa de 1 cc con aguja 25 G x 5/8" y en el niño menor de 12 meses una jeringa de 1 cc con aguja 23 G x 1".ó aguja 25 G x 1".

Fig. 1



C. ACOSTA S.

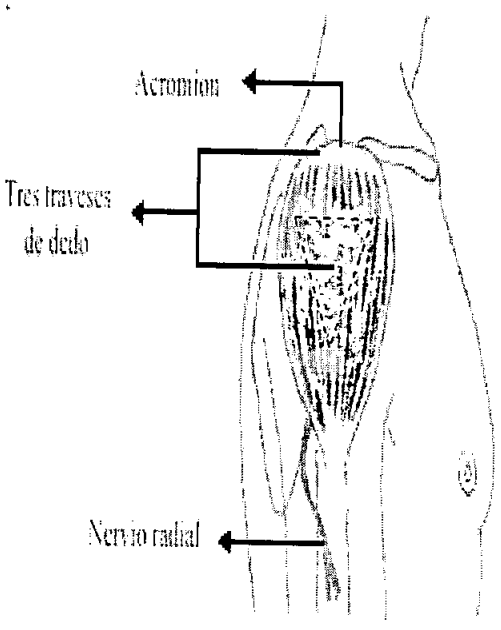


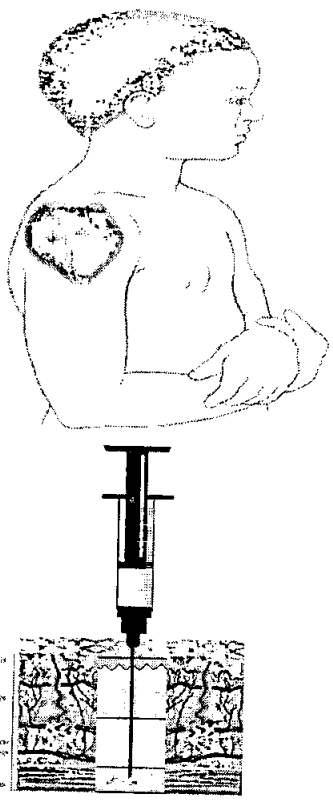


b.- **Músculo Deltoides:** se utiliza en adultos y niños mayores de 12 meses, y siempre teniendo en cuenta el peso y la talla del niño para asegurar una buena absorción. Para localizar el lugar de la inyección, trazamos un triángulo de base en el borde inferior del acromion y el vértice, debajo de la inserción del músculo deltoides. El espacio delimitado por el triángulo es donde se puede inyectar.

Para conseguir la relajación del deltoides, el paciente debe estar en decúbito supino o sentado con el brazo flexionado sobre el antebrazo (Fig.2). Para esta vía se usa una jeringa de 1 cc con aguja 25 G x 1".

Fig. 2





➢ **Vía subcutánea o hipodérmica:** Es la introducción en el interior del tejido conjuntivo, debajo de la piel, de un producto biológico que será absorbido lentamente. La inyección subcutánea de vacunas para uso intramuscular puede hacer disminuir la eficacia y aumentar el riesgo de que se produzca mayor reactogenicidad. El lugar preferido para administrar las vacunas por vía subcutánea es el músculo Deltoides en niños mayores de 12 meses y adultos. Para aplicar la vacuna por esta vía se debe insertar la aguja en el pliegue producido al pinzar con los dedos la piel y el tejido subcutáneo. El ángulo de inyección de la aguja con respecto a la piel debe ser de 45° (Fig.3). Para esta vía se usa una jeringa de 1 cc con aguja 25 G x 5/8".



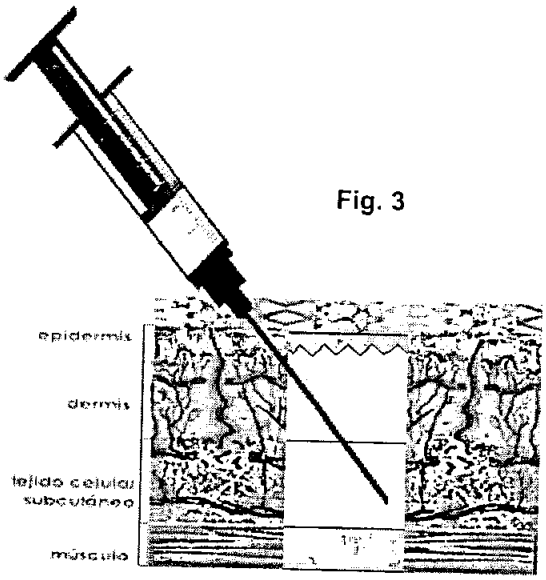


Fig. 3

➢ **Vía intradérmica:** Es la introducción dentro de la dermis de una cantidad mínima (0,01 ml a 0,1 ml) de un producto biológico que será absorbido de forma lenta y local. La aguja se insertará con el bisel hacia arriba y un ángulo de 15° paralelo al eje longitudinal del antebrazo. La inyección ha de ser lenta y, si es correcta, aparecerá una pequeña pápula en el punto de inyección que desaparece espontáneamente en 10-30 minutos. Esta es la vía de administración de la vacuna contra la Tuberculosis (BCG), la cual se aplica en el recién nacido en ángulo de 15° (Fig.4). Para esta vía se usa una jeringa de 1 cc con aguja 26 G x 3/8" ó aguja 27 G x 3/8".



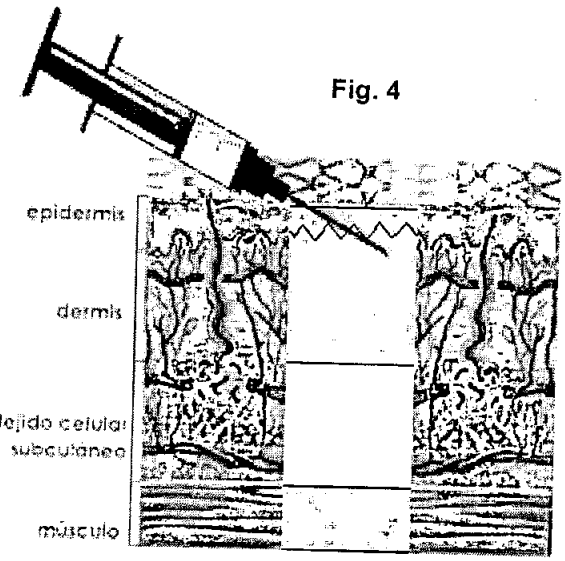


Fig. 4

MINISTERIO DE SALUD D.G.
C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO H:

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES DE VACUNACIÓN POR TODAS LAS VACUNAS.

CRITERIO DE PROGRAMACION	VACUNAS	CONCENTRACION	FACTOR PERDIDA/PRESENTACION	CONSIDERACIONES PARA VALORAR OPORTUNIDAD Y PROGRAMACION
100 % Población menor 1 año (Recién Nacido)	BCG	1	6 (factor pérdida se debe ajustar según necesidad local)	0 a 48 horas de nacido
	HVB	1	monodosis	0 a 48 horas de nacido
100 % Población menor de 1 año	APO	3	1.3	2, 4, 6 meses
	PENTAVALENTE	3	monodosis	2, 4, 6 meses
	NEUMOCOCO	2	monodosis	2, 4 meses
	ROTAVIRUS	2	monodosis	2, 4 meses
100% Niño menor de 1 año nacido de madre portadora de VIH	IPV	3	monodosis	2, 4, 6 meses
100% de la población menor de 1 año	INFLUENZA	2	monodosis	a partir del 7mo mes hasta los 23 meses y 29 días
100% Población de 1 año				
100% Población de 2 años				desde los 24 meses hasta los 35 meses y 29 días
5% Población de 3 y 4 años				desde los 36 meses hasta los 59 meses y 29 días
100% Población de 1 año	NEUMOCOCO 3era dosis	1	monodosis	12 meses
Población de 1 año (*) que no ha recibido el esquema antes de los 12 meses	NEUMOCOCO	2	monodosis	desde los 12 meses hasta los 23 meses y 29 días
Población de 2 a 4 años (**) que no ha recibido el esquema antes de los 24 meses		1	monodosis	desde los 24 meses hasta los 35 meses y 29 días
100% Población de 1 año	SPR	1	1.3	12 meses
100% Población de 15 meses (población de 1 año)	ANTIAMARILICA	1	1.3	15 meses
18 meses (población de 2 años)	1er Refuerzo DPT	1	1.2	18 meses
100% Población de 4 años	DPT 2do refuerzo	1	1.2	4 años
	SPR refuerzo	1	1.3	4 años
5 % Población de 2 a 4 años 11 meses y 29 días con factor de co-morbilidad	NEUMOCOCO	1	monodosis	desde los 24 meses hasta los 59 meses y 29 días
5% Población de 1 a 4 años que no fueron vacunados oportunamente.	APO	3	1.3	desde los 24 meses hasta los 59 meses y 29 días
	PENTAVALENTE	3	monodosis	
100% de Niñas de 10 años	VPH (Virus de Papiloma Humano)	3	monodosis	desde los 10 años hasta 10 años, 11 meses y 29 días
Personal de salud, población de riesgo que demande la vacunación contra la Fiebre Amarilla	ANTIAMARILICA	1	1.3	se ajusta la programación a la realidad local
15% de población de mujeres en edad reproductiva (MER) de 10 a 49 años incluidas las gestantes (*)	Dt adulto	3	1.2	se ajusta la programación a la realidad local
100% de gestantes (*)	Dt adulto	3	1.2	está considerada en la programación de MER
Personal de salud, población de riesgo que demande la vacunación contra la Diphteria y el tétanos	Dt adulto	3	1.2	se ajusta la programación a la realidad local
50% Población adulta mayor de 60 años, 100% personal de salud, 100% población de riesgo	Influenza	1	monodosis	se ajusta la programación a la realidad local
Población que falta vacunar de 2 a 19 años y población mayor de 20 hasta completar el 100% de toda la población nacional	Hepatitis B	3	1.2	se ajusta la programación a la realidad local
Personal de salud, población de riesgo que no ha recibido la vacunación contra Hepatitis B	Hepatitis B	3	1.2	se ajusta la programación a la realidad local

MINISTERIO DE SALUD D.G. C. ACOSTA S.

D.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO I: Carné de Atención Integral del Niño.

CONTROL DE ATENCIÓN DEL NIÑO

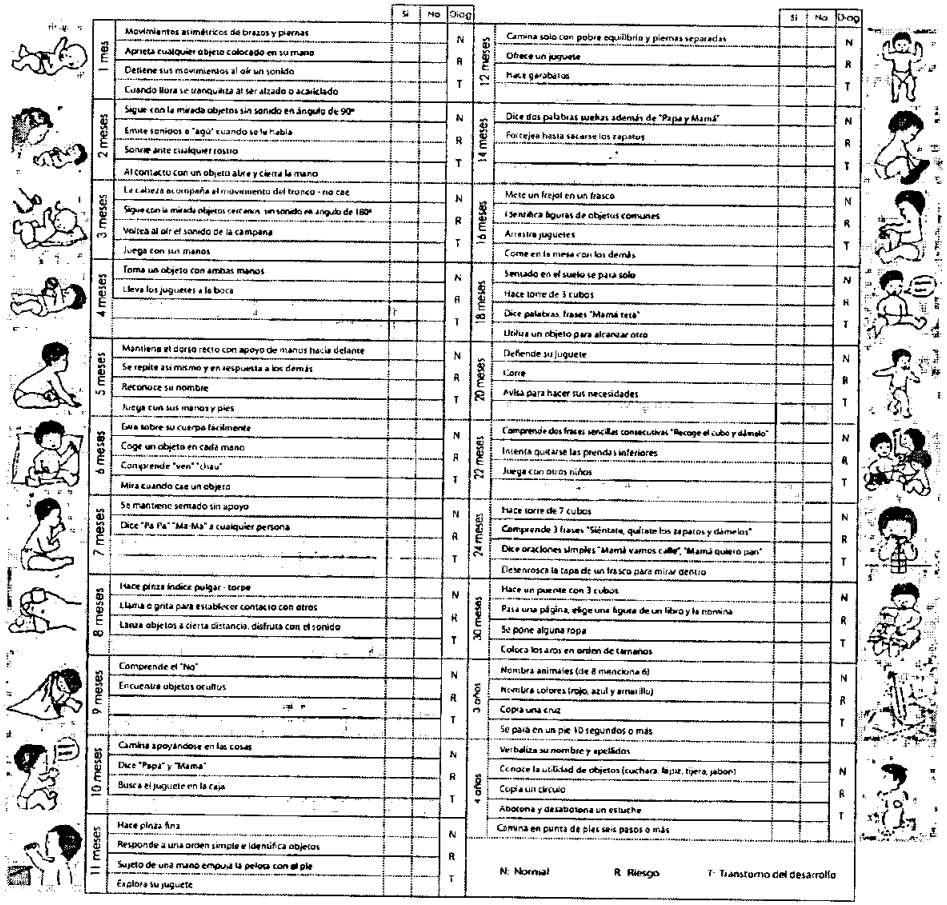
Fecha	Edad meses	Peso	Ganancia de peso gr	Ganancia de peso Condición	Talla	Ganancia de talla cm	Ganancia de talla Condición	Obs
	1			○			○	
	2			○			○	
	3			○			○	
	4			○			○	
	5			○			○	
	6			○			○	
	7			○			○	
	8			○			○	
	9			○			○	
	10			○			○	
	11			○			○	
	12			○			○	
	14			○			○	
	16			○			○	
	18			○			○	
	20			○			○	
	22			○			○	
	24			○			○	
	27			○			○	
	30			○			○	
	33			○			○	
	36			○			○	
	39			○			○	
	42			○			○	
	45			○			○	
	48			○			○	
	51			○			○	
	54			○			○	
	57			○			○	
	60			○			○	

Bueno ● Malo ●

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

SULFATO FERROSO		VITAMINA "A"			OTRO	
Fecha	Edad	Fecha	Edad	Dosis		

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR



		Si	No	Diag
1 mes	Movimientos asimétricos de brazos y piernas			N R T
	Aprieta cualquier objeto colocado en su mano			
	Detiene sus movimientos al oír un sonido			
	Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado			
2 meses	Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90°			N R T
	Emite sonidos o "agú" cuando se le habla			
	Sonríe ante cualquier rostro			
	Al contacto con un objeto abre y cierra la mano			
3 meses	La cabeza acompaña al movimiento del tronco - no cae			N R T
	Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en ángulo de 180°			
	Volrea al oír el sonido de la campana			
	Juega con sus manos			
4 meses	Toma un objeto con ambas manos			N R T
	Lleva los juguetes a la boca			
5 meses	Mantiene el dorso recto con apoyo de manos hacia delante			N R T
	Se repite así mismo y en respuesta a los demás			
	Reconoce su nombre			
	Juega con sus manos y pies			
6 meses	Gira sobre su cuerpo fácilmente			N R T
	Coge un objeto en cada mano			
	Comprende "ven" "Chau"			
	Mira cuando cae un objeto			
7 meses	Se mantiene sentado sin apoyo			N R T
	Dice "Pa Pa" "Ma Ma" a cualquier persona			
8 meses	Hace pinza índice pulgar - torpe			N R T
	Llama o grita para establecer contacto con otros			
	Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido			
9 meses	Comprende el "No"			N R T
	Encuentra objetos ocultos			
10 meses	Camina apoyándose en las cosas			N R T
	Dice "Papa" y "Mama"			
	Busca el juguete en la caja			
11 meses	Hace pinza fina			N R T
	Responde a una orden simple e identifica objetos			
	Sujeto de una mano empuja la pelota con el pie			
	Explora su juguete			

		Si	No	Diag
12 meses	Camina solo con poco equilibrio y piernas separadas			N R T
	Ofrece un juguete			
	Hace garabatos			
14 meses	Dice dos palabras sueltas además de "Papa y Mamá"			N R T
	Forcejea hasta sacarse los zapatos			
16 meses	Mete un frejol en un frasco			N R T
	Identifica figuras de objetos comunes			
	Arrastra juguetes			
	Come en la mesa con los demás			
18 meses	Sentado en el suelo se para solo			N R T
	Hace torre de 3 cubos			
	Dice palabras frases "Mama teta"			
	Utiliza un objeto para alcanzar otro			
20 meses	Defiende su juguete			N R T
	Corre			
	Avisa para hacer sus necesidades			
22 meses	Comprende dos frases sencillas consecutivas "Recoge el cubo y dámelo"			N R T
	Intenta quitarse las prendas inferiores			
	Juega con otros niños			
24 meses	Hace torre de 7 cubos			N R T
	Comprende 3 frases "Siéntate, quítate los zapatos y dámelos"			
	Dice oraciones simples "Mamá vamos calle", "Mamá quiero pan"			
	Desenrosca la tapa de un frasco para mirar dentro			
30 meses	Hace un puente con 3 cubos			N R T
	Pasa una página, elige una figura de un libro y la nomina			
	Se pone alguna ropa			
	Coloca los aros en orden de tamaños			
3 años	Nombra animales (de 8 menciona 6)			N R T
	Nombra colores (rojo, azul y amarillo)			
	Copia una cruz			
	Se para en un pie 10 segundos o más			
4 años	Verbaliza su nombre y apellidos			N R T
	Conoce la utilidad de objetos (cuchara, lapiz, tijera, jabon)			
	Copia un círculo			
	Abotona y desabotona un estuche			
	Camina en punta de pies seis pasos o más			

N: Normal R: Riesgo T: Transtorno del desarrollo

AYUDANDO A CRECER A NUESTROS HIJOS AYUDAMOS A CRECER A NUESTRO PAIS

PERÚ Ministerio de Salud

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

N° HC:	N° Carpeta FAM:
Cod. de Afiliación:	
Fecha de Nacimiento:	CUI/DNI :
Nombres y Apellidos.-	
- Del Niño.	
- De la Madre:	DNI :
- Del Padre:	DNI :
Dirección:	
E-mail:	Telefono:
Establecimiento:	
Programa de Apoyo Social:	

VACUNACIÓN (Anotar Fechas):

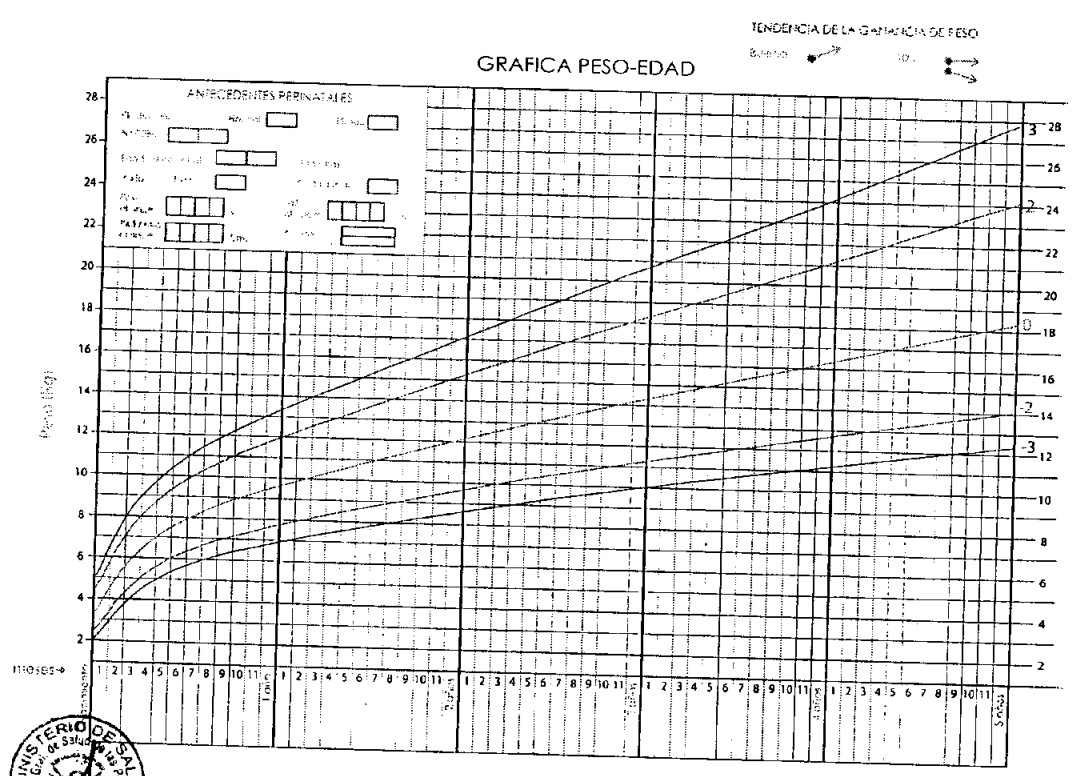
Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido)		
Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido)		
Antipolio : (OPV ó IPV*) *Condición Especial		
Fechas de las próximas dosis :	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)		
Fechas de las próximas dosis :	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
Neumococo: menor de 1 ano		1 ano
Fechas de las próximas dosis :	/ /	/ /
1ra (3 meses)	2da (5 meses)	3ra (12 meses)
Rotavirus:		
Fechas de las próximas dosis :	/ /	
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	
Influenza: 1er Año		
Fechas de las próximas dosis :	/ /	
1ra (7 meses)	2da (8 meses)	
Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR): 12 Meses _____	Antiamarílica: 15 Meses _____	
1er. Refuerzo DPT + Hib (18 meses >6 meses después de la 3era Pentavalente)	2do. Refuerzo DaPT (4 años) Refuerzo SPR (4 años)	

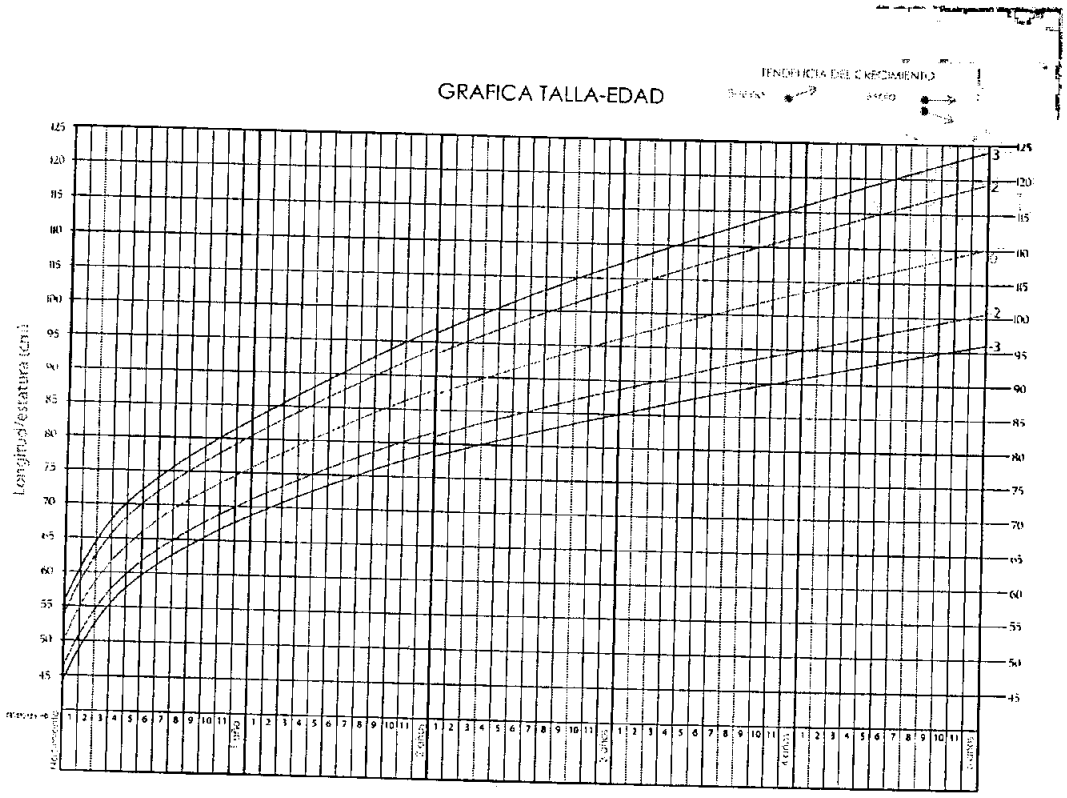
LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA

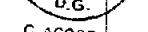
V.°B.° DGSP Inmunizaciones Estrategia Sanitaria Nacional

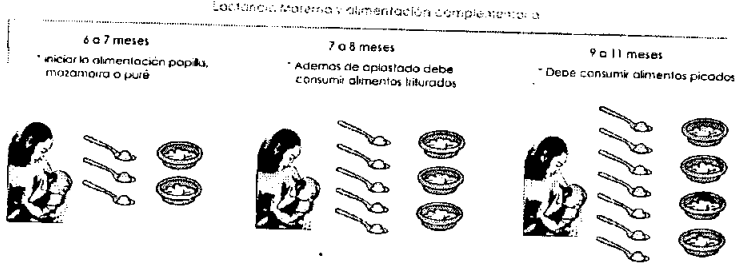
MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud de las Personas D.G. C. ACOSTA S.

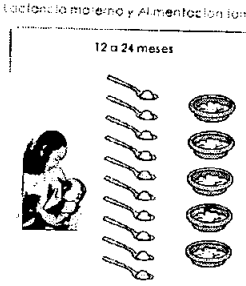
ANEXO I: Carné de Atención Integral del Niño.













RECUERDA

Lava siempre tus manos y las de tu niño:
* Antes de preparar los alimentos
* Antes de Comer.
* Después de ir al baño.
* Después de cambiar pañales

Regala a tu hijo una sonrisa sana
* Lleva a tu hijo al odontólogo antes del 3º mes de vida.
* Realiza la higiene bucal de tu hijo después de cada comida sobre todo antes de dormir.
* Visita al odontólogo cada 3 meses para control.

MINISTERIO DE SALUD Direc. Gral. de Salud de las Personas D.G. C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO J: Carné de Atención Integral de la Niña

CONTROL DE ATENCIÓN DEL NIÑO

Fecha	Edad meses	Peso	Desarrollo de la salud		Talla	Perímetro cefálico		Cita
			P	Desarrollo		cm	Desarrollo	
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	14							
	16							
	18							
	20							
	22							
	24							
	27							
	30							
	33							
	36							
	39							
	42							
	45							
	48							
	51							
	54							
	57							
	60							

Bueno ● Malo ●

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

SULFATO FERROSO		VITAMINA "A"		OTRO	
Fecha	Edad	Fecha	Edad	Dosis	

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR



	S	NO	
1 mes	Movimientos asimétricos de brazos y piernas		N
	Agarra cualquier objeto colocado en su mano		R
	Detiene sus movimientos al oír un sonido		T
	Levanta la cabeza y el tronco cuando está boca abajo		
2 meses	Sigue con la mirada objetos sin seguirlo en ángulo de 90°		N
	Emite sonidos o "lloja" cuando se le habla		R
	Sonríe ante cualquier sonido		T
	Al contacto con un objeto abre y cierra la mano		
3 meses	La cabeza acompaña al movimiento del tronco - no cae		N
	Sigue con la mirada objetos que caen por un ángulo de 180°		R
	Voltea al oír el sonido de la campana		T
	Juega con sus manos		
4 meses	Toma un objeto con ambas manos		N
	Lleva los juguetes a la boca		R
			T
5 meses	Mantiene el tronco recto con apoyo de manos hacia delante		N
	Se voltea de barriga a espalda o viceversa		R
	Reacciona al nombre		T
	Juega con sus manos y pies		
6 meses	Gira sobre su cuerpo fácilmente		N
	Coge un objeto en cada mano		R
	Comprende "non" "No"		T
	Mira cuando cae un objeto		
7 meses	Se mantiene sentado sin apoyo		N
	Dice "Pa Pa" "Ma Ma" a cualquier persona		R
			T
8 meses	Hace pinza índice pulgar - simple		N
	Llama o grita para establecer contacto con otros		R
	Lanza objetos a corta distancia, disfruta con el sonido		T
9 meses	Comprende el "No"		N
	Encuentra objetos ocultos		R
			T
10 meses	Camina apoyándose en las cosas		N
	Dice "Papá", "Mamá"		R
	Busca el juguete en la caja		T
11 meses	Hace pinza fina		N
	Responde a una orden simple e identifica objetos		R
	Juega a imitar acciones de la vida diaria		T
12 meses	Explora su alrededor		

	SI	NO	
12 meses	Camina solo o con apoyo y bebe en taza o vaso		N
	Ofrece un juguete		R
	Hace garabatos		T
14 meses	Dice dos palabras sueltas además de "Papá y Mamá"		N
	Forcejea hasta sacarse los zapatos		R
			T
15 meses	Mete un objeto en un frasco		N
	Identifica figuras de objetos comunes		R
	Aspecto juguetes		T
	Come en la mesa con los demás		
16 meses	Garabatea espontáneamente		N
	Hace torre de 3 cubos		R
	Dice palabras tipo "Mama leche"		T
	Utiliza un objeto para alcanzar otro		
20 meses	Defiende su juguete		N
	Come		R
	Avisa para hacer sus necesidades		T
22 meses	Avisa para hacer sus necesidades		N
	Comprende dos frases sencillas consecutivas "Recoge el cubo y dámelo"		R
	Intenta quitarse las prendas inferiores		T
	Juega con otros niños		
24 meses	Hace torre de 7 cubos		N
	Comprende 3 frases "Siéntate, quítate los zapatos y lávate"		R
	Dice oraciones simples "Mamá vamos calle" "Mamá quiero pan"		T
	Diferencia la falta de un trazo para mejor dibujo		
30 meses	Hace un puente con 3 cubos		N
	Pasa una página, elige una figura de un libro y la nombra		R
	Se pone alguna ropa		T
	Colorea los dos en cuatro de formatos		
3 años	Nombra anverso de 3 monedas o más		N
	Nombra cuatro imágenes (dibujos)		R
	Copia una cruz		T
	Se para en un pie 10 segundos o más		
4 años	Verbaliza su nombre y apellidos		N
	Conoce la utilidad de objetos (cuchara, lápiz, pinza, jabón)		R
	Copia un círculo		T
	Abotona y desabotona un botón		
5 años	Camina mirando de pies sin pisarlos o mirar		N
			R
			T

N: Normal R: Riesgo T: Trastorno del desarrollo

AYUDANDO A CRECER A NUESTROS HIJOS AYUDAMOS A CRECER A NUESTRO PAIS

PERÚ Ministerio de Salud

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA

N° HC: N° Carpeta FAM:

Establecimiento de Afiliación:

Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AA)

Nombres y Apellidos:

De la Niña: DNI:

De la Madre: DNI:

Del Padre: DNI:

Dirección:

Distrito: Teléfono:

Establecimiento:

Programa de Apoyo Social:

VACUNACIÓN (Anotar Fechas):

Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido)

Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido)

Antipolio: (OPV ó IPV*) Condición Especial

Terceras dosis mínimas desde: / /

Dosis (2 meses)	2da (3 meses)	3ra (6 meses)

Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)

Fechas de vacunación mínimas: / /

Dosis (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)

Neumococo: (Primera Dosis) 1 año

Fechas de vacunación mínimas: / /

Dosis (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (12 meses)

Rotavirus:

Fechas de vacunación mínimas: / /

Dosis (2 meses)	2da (4 meses)

Influenza: 1ra dosis

Fechas de vacunación mínimas: / /

Dosis (2 meses)	2da (6 meses)

Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR):	Antiamarílica:
12 Meses	15 Meses

Fechas de vacunación: DPT - Hib (4 meses) 6 meses después de la Tercera Pentavalente (6 meses) | Dosis Adicional (DPT - a partir de los 4 años) Refuerzo SPR (4 años)

VPH: Dosis/es DT: A partir de 15 a 29 años

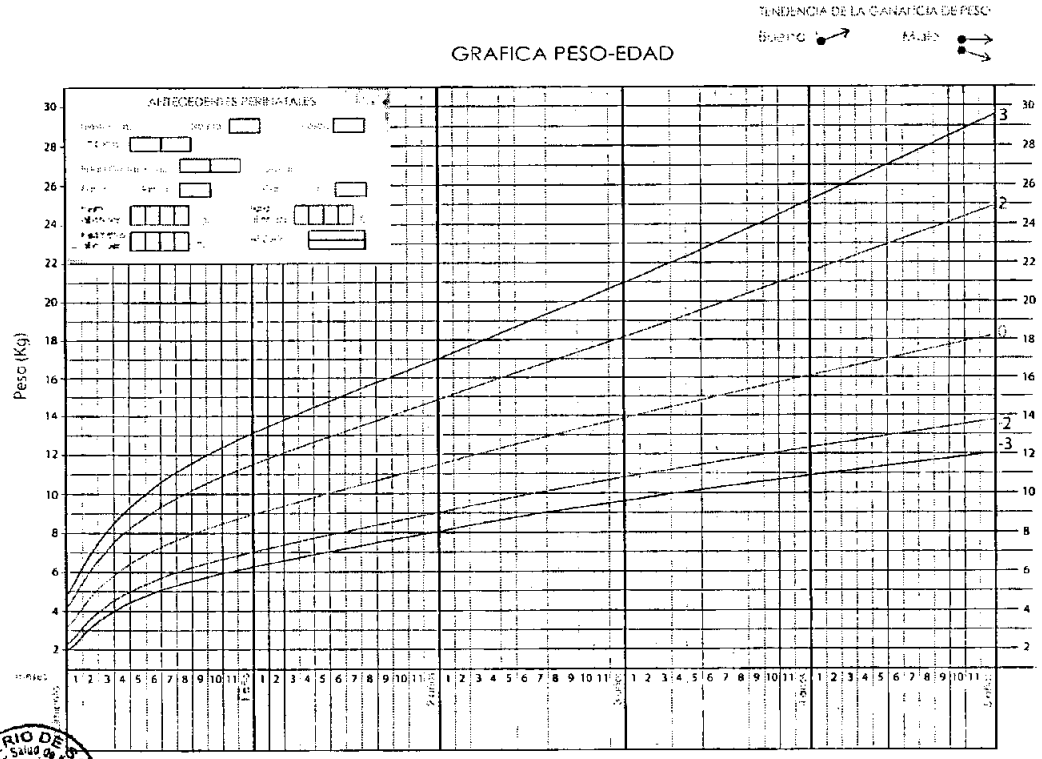
Dosis Única	2da Dosis	3ra Dosis	Dosis Única	2da Dosis	3ra Dosis

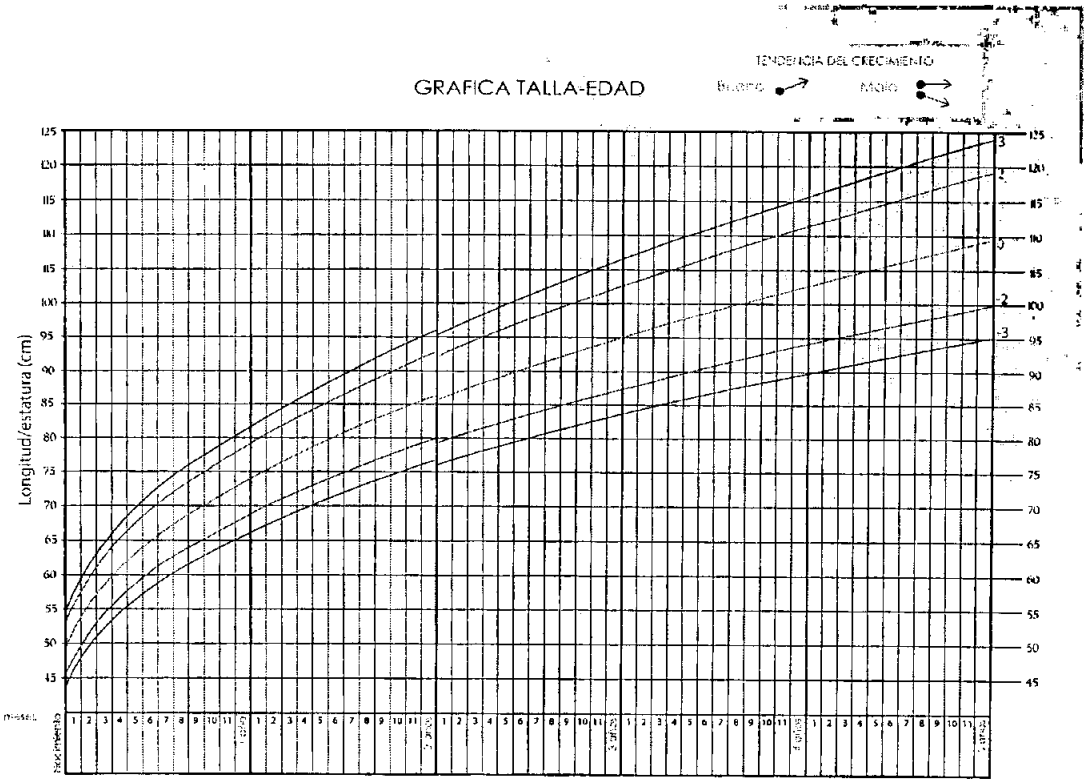
LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA

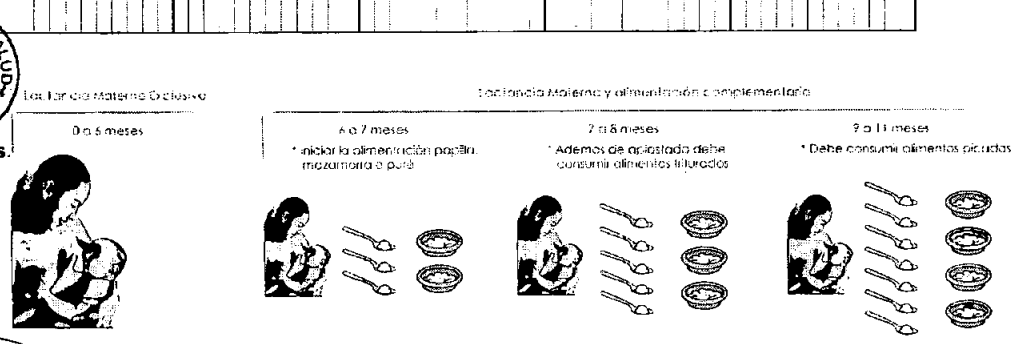
MINISTERIO DE SALUD Gral. de Salud de las Personas
D.G.
C. AGOSTA

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO J: Carné de Atención Integral de la Niña







RECUERDA

Lava siempre tus manos y las de tu niña:
* Antes de preparar los alimentos.
* Antes de Comer.
* Después de defecación.
* Después de cambiar pañales.

Regala a tu niña una sonrisa sana
* Lleva a tu niña al odontólogo antes del 3° mes de vida.
* Realiza la higiene bucal de tu niña después de cada comida sobre todo antes de dormir.
* Visita al odontólogo cada 3 meses para control.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
O.G.
C. ACOSTA S.

M.S. DGSP
INMUNIZACIONES
Estrategia Sanitaria Nacional

ANEXO K: Carné de Vacunación de las personas mayores de 12 años.

Recomendaciones:

1. Conservar y Portar este Carné, es requisito para su vacunación.
2. Tres dosis es nesesario para estar protegido contra la hepatitis B, Tetanos y Difteria.
3. Cumplir con las fechas indicadas para su vacunación.
4. Si viajas a zonas endemicas de fiebre amarilla vacunate y porta este carné.

CARNÉ DE VACUNACION EN ADULTOS

PERÚ | Ministerio de Salud

Nombre: _____

Apellidos: _____

D.N.I.: _____

Edad: _____

Distrito: _____

Provincia: _____

Institución Laboral: _____

BIOLOGICOS	DOSIS	FECHA	LOTE
Toxoide Tetanico-Difterico	1 Dosis		
	2 Dosis		
	3 Dosis		
Antiamarílica	Dosis Unica		
	Dosis Unica		
	Dosis Unica		

BIOLOGICOS	DOSIS	FECHA	LOTE
Hepatitis B	1 Dosis		
	2 Dosis		
	3 Dosis		
Influenza	Dosis Unica		

C. ACOSTA S.

M.S. DGSP INMUNIZACIONES Estrategia Sanitaria Nacional

Annex No. 8: CE Analysis Study of the AISPED Itinerant Brigades

USAID | PERU
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES
Programa de la **MCC** implementado por **USAID**

MILLENNIUM CHALLENGE CORPORATION
UNITED STATES OF AMERICA

MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN

¡¡¡ATENCIÓN!!!

Los residuos sólidos generados durante las actividades de vacunación -dentro y fuera de los establecimientos de salud- representan un riego potencial para el personal de salud, los trabajadores de limpieza, los usuarios y la comunidad en general, además de ser una amenaza para el ambiente.

TODOS ESTAMOS INVOLUCRADOS EN:

- **el adecuado manejo y disposición final de los residuos sólidos.**
- **minimizar la cantidad de residuos biocontaminados.**
- **reducir el riesgo a la salud pública y el impacto ambiental.**

¿CÓMO SE CLASIFICAN LOS RESIDUOS SÓLIDOS?:

Clase A Residuos biocontaminados	Clase B Residuos especiales	Clase C Residuos comunes
• Son residuos peligrosos generados en el proceso de la atención que están contaminados o que pueden contener concentraciones de microorganismos con potencial riesgo para las personas que entren en contacto con dichos residuos.	• Son residuos peligrosos con características físicas y químicas de potencial peligro por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo o reactivo para la persona expuesta.	• Son todos los residuos que no han estado en contacto directo con los pacientes o usuarios del centro de vacunación.

ETAPAS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN

1. ACONDICIONAMIENTO:

Contar con tachos o recipientes rígidos y bolsas para el manejo de los residuos sólidos durante las actividades de vacunación:

Para los residuos biocontaminados:

A. Punzocortantes: jeringas con agujas hipodérmicas, vidrios de las ampollas disolventes (enteros y rotos). → **Se requiere** → Recipientes rígidos, impermeables, con su respectiva tapa resistente al traspaso por material punzocortante, debidamente rotulados (punzocortante - símbolo de bioseguridad) y con el límite de llenado marcado en ¾ de su capacidad.

B. Residuos de atención al vacunado: algodones, frascos de vacunas vacías o con restos. → **Se requiere** →
- Recipientes con tapa en forma de embudo invertido con pedal, o de media luna conteniendo:
- Bolsas de polietileno de color rojo, espesor de 50.8 micras.

C. Residuos comunes: envolturas de jeringas, capuchones de las agujas, papeles. → **Se requiere** →
- Recipientes o tacho con tapa en forma de embudo invertido, con pedal, o de media luna conteniendo:
- Bolsas de polietileno de color negro, espesor 50.8 micras.

2. SEGREGACIÓN Y ALMACENAMIENTO PRIMARIO:

Los vacunadores son los responsables de la segregación y almacenamiento primario:

- Segregación de residuos sólidos según su clase, en el punto de generación, en los recipientes o tachos con las bolsas rojas y negras y los recipientes rígidos para punzocortantes.
- Llenar el recipiente y bolsas hasta ¾ partes de su volumen total.
- Mantener el recipiente rígido en lugares secos y fuera del alcance de niños y público en general.

3. TRANSPORTE O RECOLECCIÓN INTERNA:

- El vacunador es responsable por la seguridad del recipiente rígido y de las bolsas rojas y negras. Una vez terminada actividad de vacunación, debe transportarlos hasta el sitio de almacenamiento intermedio (sitio seguro identificado).
- En el caso de las brigadas móviles y puestos de vacunación, deben transportar los recipientes rígidos y las bolsas de preferencia en coches de transporte, hasta el sitio de almacenamiento central o final designado.
- Llenar el recipiente y bolsas hasta ¾ partes de su volumen total.
- Mantener el recipiente rígido en lugares secos y fuera del alcance de niños y público en general.

4. TRATAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS:

- Es cualquier proceso, método o técnica que permita modificar las características físicas, químicas o biológicas de residuo, a fin de reducir o eliminar su potencial peligro de causar daños a la salud y al ambiente; así como hacer más seguras las condiciones de almacenamiento, transporte o disposición final.

5. ALMACENAMIENTO CENTRAL:

El almacenamiento central debe estar localizado en el establecimiento de salud, garantizando para ello un lugar cerrado bajo techo -que no permita el acceso a personal no autorizado, población en general, animales y vectores-, según la norma técnica vigente para manejo de residuos sólidos.
Los residuos sólidos se almacenarán en este ambiente por un periodo no mayor de 24 horas.

6. TRANSPORTE EXTERNO:

- En este punto, el establecimiento de salud debe gestionar el uso de una empresa prestadora de servicios de residuos sólidos (EPS–RS), según lo establecido en la norma técnica.

7. DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RESIDUOS:

Es la suma de procesos u operaciones para tratar y disponer en un lugar los residuos sólidos como ultima etapa de su manejo en forma permanente, sanitaria y ambientalmente segura.
- Los residuos comunes, podrán ser recolectados por el servicio municipal.
- Los residuos biocontaminados deben ir a rellenos de seguridad o a celdas de seguridad en rellenos comunes. Estos residuos no deben ser reutilizados, ni reaprovechados.

...Y RECUERDA:

- Lavarte las manos antes y después de cada procedimiento.
- Nunca debe “encapucharse”, retaparse o reencapsularse las agujas.
- Nunca separar la aguja de la jeringa con la mano después del uso.
- La segregación de residuos permite su manejo eficiente y seguro.
- El manejo adecuado de los residuos sólidos es responsabilidad de todos

Para más información llama gratis a **INFOSALUD**, al **0800-10828**, las 24 horas del día, los 365 días del año. Para ver la para ver la normatividad vigente:
http://www.digesa.minsa.gob.pe/DEPA/residuos/norma%20de%20residuos%20hospitalarios.pdf

La información incluida en este cartel está basada en las siguientes normas legales: Ley Nº 27314. Ley General de Residuos Sólidos / D.S. Nº 057-04-PCM Reglamento de la ley General de Residuos Sólidos / D.L. Nº 1065 que modifica la Ley 27314 / Capítulo III de la Norma Técnica Nº 008-MINSA/DGSP-V.01 pág. 37 a 41 /Resolución Ministerial Nº 217-2004-MINSA que aprueba la Norma Técnica Nº 008-MINSA/DGSP-V.01 “Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios”.

Annex No. 9: Inclusive Care Model for Excluded and Scattered Populations.

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

ESTUDIO DE COSTOS DE LAS BRIGADAS AISPED HUÁNUCO, PASCO Y ,MADRE DE DIOS

INFORME DEL COMPONENTE DE M&E DEL PROGRAMA:
ECON. ROCIO MOSQUEIRA LOVON
ING. MARIA TORRES SEOANE

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

Lima, Febrero 14, 2011

Contenido

Acrónimos

Reconocimientos y agradecimientos

INTRODUCCIÓN

METODOLOGÍA

RESULTADOS

1. Costo Mensual por Brigada y Región
2. Costos por atención
3. Tiempo de atención y traslado.
4. Costo mensual promedio por brigada en Sierra y Selva
5. Relación de Atenciones del PEAS realizadas por las brigadas AISPED.

Referencias Bibliográficas

Anexo1. Instrumento de recojo de información.

Anexo 2. Costo de Traslado por ruta

Anexo3. Costos unitarios por atención

Anexo 4. Relación de atenciones PEAS del primer nivel que realizan las Brigadas AISPED

Acrónimos

AISPED	Atención Integral de Salud a Población Excluida y Dispersa
DIGEMID:	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIREMID:	Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA:	Dirección Regional de Salud
DPT:	Vacuna contra Difteria Pertusis y Tétanos
HIB:	Vacuna contra Haemophilus Influenzae
HIS:	Health Information System
HvB:	Vacuna contra Hepatitis viral B
ICI	Informe de Consumo Integrado
M&E:	Monitoreo y Evaluación
MR:	Micro-red (de salud)
SISMED	Sistema Nacional de Medicamentos
SPR:	Vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubéola

Reconocimientos y agradecimientos

Este estudio se realizó con el apoyo y la participación de varias personas.

Se agradece a cada uno de los integrantes de las brigadas AISPED de las regiones evaluadas, 11 brigadas en Huánuco, 5 brigadas en la Red Oxapampa (Pasco) y 3 brigadas en Madre de Dios, por la buena disposición demostrada en los talleres de recojo de información. Así también, a la licenciada Gladys Estacio (Coordinadora Aisped Huánuco), a la Dra. Carmen Rodrigo (Coordinadora Aisped de la red de Oxapampa, Pasco) y a la Licenciada Luisa Sulca (encargada de AISPED Madre de Dios) por el interés y colaboración brindada, facilitando la realización de los talleres de costos y proporcionando la información complementaria requerida.

De otro lado, a la Coordinadora Regional del Programa Umbral de Huánuco-Pasco, Mg. María Salcedo y a los responsables de M&E en las regiones Huánuco, licenciada Milagritos Lozano y Pasco, Licenciado José Reyes, por su activa participación en la organización y desarrollo de los talleres.

Finalmente, este estudio no habría sido posible sin el apoyo de la dirección y equipo central del Programa Umbral de Inmunizaciones.

RESUMEN

Las Brigadas AISPED desarrollan sus actividades en comunidades alejadas de los establecimientos de salud, por tal razón su desempeño requiere hacer uso adicional de recursos. Así, además de los costos de personal, insumos y medicinas, equipos e instrumental, propios de una atención asistencial básica, se generan otros costos, como el costo de traslado del personal, equipos, medicamentos e insumos; el costo de la indumentaria adecuada que facilite su labor y lo identifique ante la población a visitar y los gastos de alimentación de los miembros de la brigada.

En el análisis de los costos de las brigadas, se ha procurado incluir todos los costos, directos (personal, equipos, medicamentos e insumos) e indirectos (personal indirectos infraestructura, personal indirecto de las unidades administrativas), independientemente de quien asume el gasto, es decir, si son cubiertos con presupuesto público, como si son asumidos por los propios brigadistas.

El estudio se realizó en tres regiones: Huánuco, Pasco y Madre de Dios, siendo la realidad encontrada en cada una de ellas diferente. Asimismo, los requerimientos de cada brigada tuvieron variaciones entre ellas.

Como resultado, se obtuvieron, los costos mensuales por ruta analizada en cada una de las regiones y los costos unitarios para todas las rutas en Huánuco y para tres de las rutas de Madre de Dios. También se realizó la revisión del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) del primer nivel con los médicos de las brigadas a fin de determinar si están contempladas las atenciones que realizan las brigadas.

Los resultados principales del estudio son:

Según los factores de producción:

- El costo mensual del personal directo es el mismo para todas las rutas y asciende a 12,500 nuevos soles.
- El costo mensual estimado en instrumental y equipo fue 425 nuevos soles.
- El costo mensual de insumos varía por brigada pues depende tanto de las atenciones como de la población programada. El valor mínimo estimado es 660 nuevos soles para la brigada Llacsa Sirabamba AISPED I, zona Sierra en Huánuco, hasta 5,770 nuevos soles en la brigada Puerto Bermudez II, zona Selva de Pasco.
- El costo mensual transporte varía según la ruta brigada. El valor mínimo estimado es 405 nuevos soles para la brigada Valle del Tazo Chico AISPED IV, zona Selva en Huánuco, hasta 4,678 nuevos soles en la brigada Ciudad constitución, zona Selva de Pasco. Cabe mencionar que la brigada de Madre de Dios que cubre la ruta Manu, dura dos meses, su costo mensual es de 855, pero el costo de ruta es 1,710 nuevos soles.

- El costo mensual de indumentaria es común por región geográfica al interior de cada región, pero varían entre regiones. Por ejemplo, para Huánuco sierra se estima 999 nuevos soles; para Huánuco Selva, se estima 1,064 nuevos soles.
- El costo mensual de útiles de escritorio y Material varía entre 398 en Huánuco y 473 nuevos soles en Madre de Dios.
- Los costos mensuales en alimentación varía entre 795 en Pasco y 1,900 nuevos soles en Madre de Dios.
- Los costos mensuales del costo indirecto (personal indirecto, infraestructura, y supervisión) varía entre 603 en Huánuco y 1,119 nuevos soles en Madre de Dios.

En términos generales:

- Los costos mensuales estimados, suponiendo el recorrido mensual de todas las rutas analizadas cada mes son: en Huánuco, para las once rutas S/. 202,665, en Pasco para las 6 rutas S/. 127,722 y en Madre de Dios para 7 rutas S/. 143,500.
- Los costos unitarios estimados de cada una de las actividades por etapa de vida se muestran en el Anexo 3.
- El costo promedio mensual estimado por brigada para la zona Sierra es S/. 18,442 y para la zona Selva es S/. 20,198.
- La relación que realizan las brigadas contempladas en el de atenciones del PEAS del primer nivel se presentan en el Anexo 4. Cabe mencionar que hay atenciones que no están contempladas en el PEAS de primer nivel, en particular, aquellas relacionadas a la atención colectiva.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó con la finalidad de proporcionar información actual para la evaluación de Costo-Efectividad de la Atención Integral de Salud para las poblaciones excluidas y dispersas (AISPED), obteniéndose los costos de operación mensual en tres regiones: Huánuco, Pasco y Madre de Dios.

La información obtenida tiene como limitación el tiempo de recojo de información, se aprovechó los días en que las brigadas desarrollan labores en las DIRESAS para la entrega de sus informes. De otro lado la información recibida está sujeta a la subjetividad de los brigadistas pues se trata de un tema que los afecta directamente, toda vez que parte de los gastos son asumidos por ellos.

En la región Huánuco laboran 11 brigadas AISPED, cada una de ellas desarrolla una ruta definida durante todo el año. En Pasco, el estudio se realizó en la red Oxapampa donde se cuenta con cinco brigadas, una de las cuales desarrolla alternativamente dos rutas. En Madre de Dios, la situación es más crítica, pues sólo operan tres brigadas y no existe una programación regular de las diferentes rutas a realizar. Otro factor a considerar es el alto grado de rotación del personal, especialmente a nivel de los médicos.

Podemos considerar que hay costos comunes a todas las brigadas, así como otros que varían según la ruta a realizar como el costo de traslado. Salvo algunas excepciones determinadas por la renuncia de personal (al momento de recojo de información) las brigadas constan de cinco miembros.

Entre los costos indirectos, se considera al personal que no forma parte de las brigadas, pero participa indirectamente en la labor realizada, es decir, destina parte de su tiempo a labores tales como coordinación (responsable regional de la estrategia), entrega de medicamentos, recepción de informes entre otras.

METODOLOGÍA

El estudio comprendió varias etapas:

1. Revisión de estudios anteriores y de informes remitidos por las regiones.
2. Preparación del instrumento para el recojo de información.
3. Coordinación con los encargados regionales de AISPED.
4. Desarrollo del taller con la participación de los miembros de las brigadas en las regiones seleccionadas.
5. Recojo de información adicional.
6. Procesamiento y validación de la información.
7. Preparación de los cuadros resumen para cada región, estimación de costos por atención, por poblador entre otros.
8. Estimación costo promedio de las brigadas AISPED, en la zona sierra y selva.

1. Revisión de estudios anteriores y de informes remitidos por las regiones.

Como parte de su labor, al término de la ruta asignada para el mes, las Brigadas AISPED presentan un informe mensual a la Coordinación Regional AISPED de la DIRESA. En estos informes presentan un grupo de formatos en los que reportan el trabajo realizado, la ruta, el detalle de atenciones y a atendidos, entre otros. Se revisaron algunos de estos informes para definir la información que se recabaría en el instrumento a usar en los talleres con miras a obtener los costos. Se revisó la escasa literatura existente.[1] La revisión de estos estudios y de los informes mensuales nos permitió un acercamiento a la labor de las brigadas.

2. Preparación del instrumento para el recojo de información

Con la información revisada, se preparó el instrumento para el recojo de información en Excel, que incluía, las siguientes hojas de cálculo:

1. Coordinación
2. Personal
3. Lista de comunidades por rutas.
4. Programación Anual.
5. Ruta.
6. Medicinas_Insumos
7. Indumentaria
8. Útiles de escritorio

[1] En particular, el estudio Diseño y elaboración de un estudio de costo-efectividad de la oferta móvil de los servicios de salud" de Franz Ibañez Carmona, Marzo 2008, en la sección que corresponde a la estimación de costos, pues tenemos discrepancias sobre el rigor conceptual con la sección de costo-efectividad.

9. Alimentación
10. Reportes

Luego de la realización del primer taller en Huánuco, se realizaron algunos ajustes al instrumento, para facilitar la comprensión y el llenado de la información por parte de los brigadistas y para adecuarlos a la realidad encontrada. En el Anexo I se muestran los formatos empleados en el taller realizado en Pasco que incluye los últimos ajustes.

3. Coordinación con los encargados regionales de AISPED.

Cada taller fue organizado con la colaboración del coordinador regional de AISPED, para definir las tareas a realizar y la fecha más oportuna para su realización. Cabe mencionar el interés demostrado, en la esperanza de mejorar y facilitar las actividades de las brigadas proveyéndolas de los recursos necesarios. Se encontró interés por el conocimiento de los costos, con miras a la preparación de la programación de presupuesto requerido por las brigadas.

4. Desarrollo del taller con la participación de los miembros de las brigadas en las regiones seleccionadas.

Los talleres se desarrollaron como se detalla a continuación:

1. En la ciudad de Huánuco, el día 27 de Octubre, con la participación de las once brigadas de la DIRESA Huánuco
2. En la ciudad de Oxapampa, el día 5 de Noviembre de 2010, con la participación de las cinco brigadas de la Red Oxapampa.
3. En la ciudad de Puerto Maldonado, el 1 de Diciembre de 2010, con la participación de las tres brigadas de la DIRESA Madre de Dios.

En todos los casos, se explicó cómo llenar cada una de las hojas del archivo Excel, pasando luego al ingreso de la información por parte de los brigadistas, con asesoría permanente a lo largo del taller. En el caso de Huánuco, cada brigada llenó información de una ruta, mientras que en Pasco, la brigada Pozuzo, proporcionó datos de 2 rutas, finalmente en Madre de Dios, las brigadas completaron información de 2 o 3 rutas, previamente asignadas.

El taller contó con una computadora con el instrumento de recojo de información en Excel instalado para cada brigada (de modo general, asistieron al taller los 5 miembros de cada brigada).

5. Recojo de información adicional

Se recibió información complementaria por parte de los coordinadores regionales de AISPED:

1. En Huánuco:
    i. La información de la producción de las brigadas, del reporte Actividades por etapa de vida, en el cual se detallan las atenciones realizadas por cada grupo de edad (se revisaron los informes mensuales del mes de Agosto, los que nos fueron proporcionados en medio digital).
    ii. Dado que la información de consumos de Insumos y Medicina era más completa que la recogida en el taller, se resolvió emplear los archivos ICI Agosto de cada brigada para determinar el consumo mensual, (parte de estos registros estaban impresos por lo que se hizo necesario la digitación de los datos de consumo).
2. En Madre de Dios:
    iii. Sólo se pudo conseguir información de producción detallada (actividades por etapa de vida) de 4 de las rutas visitadas, correspondientes a los últimos meses, en este caso las brigadas entregan sus informes impresos, pero no en archivo digital. Se recogió información agregada del número de atenciones por ruta, correspondiendo ésta a distintos mes, puesto que sólo se desarrollan tres rutas por mes.
    iv. Para los insumos fue necesario vaciar la información de los documentos impresos, labor en la que apoyaron los miembros de las brigadas, durante la realización del taller. Esta información corresponde solamente a tres de las rutas evaluadas.
    v. Gastos de supervisión del año 2009.
3. En Pasco:
    vi. No se pudo recoger la información de producción.

6. Procesamiento y validación de la información.

Con la información recogida se estimaron los siguientes costos:

COSTOS DIRECTOS

Personal

- Se consideró la remuneración de los miembros de la Brigada. Cada brigada está compuesta por un médico, una enfermera, un odontólogo, una obstetriz y un técnico en enfermería.

- En algunos casos, como en la brigada Jesús Cauri de Huánuco, no había médico cuando se realizó el taller, sin embargo se incluyó la remuneración de un médico en el costo, pues el que renunció, debía ser reemplazado.
- En Madre de Dios, una de las brigadas no tiene obstetriz pero sí biólogo, se consideró el mismo sueldo. Otra de las brigadas tiene Técnico Motorista (se consideró un sueldo igual al Técnico en enfermería).
- El costo mensual del personal directo es el mismo para todas las rutas y asciende a doce mil quinientos nuevos soles.

Instrumental y equipo

- Para este cálculo se trabajó con la lista de equipo e instrumental proporcionado por el Programa Umbral a las brigadas de Huánuco. De la lista proporcionada, se separó lo que era indumentaria por estar considerada en un rubro aparte.
- El monto total valorado en dólares se convirtió a soles al T.C. del 12 de noviembre (S/.2.80 por dólar).
- Se consideró adicionalmente los termos KST, refrigerantes y termómetros de acuerdo a lo solicitado en el taller.
- El tiempo de vida útil del instrumental y equipo considerado ha sido 3 años y el método de depreciación ha sido lineal.
- El costo mensual estimado en instrumental y equipo fue 425 nuevos soles.
- El costo más importante está asociado a la computadora de mano PDA para el registro de dosis vinculado al sistema de información del SIS.
- Para Madre de Dios y Pasco se consideró el mismo monto, teniendo en cuenta que las atenciones brindadas por las brigadas AISPED son similares y por tanto también el equipo requerido.
- En Madre de Dios, los miembros del equipo indicaron la necesidad de que se les entreguen carpas personales, manifestando algunos de ellos que se las habían comprado con su propio dinero.

Medicinas e Insumos

- El consumo de insumos y medicinas varía entre un mes y otro, pero para efectos de este estudio, lo suponemos constante por mes, pero obviamente, este consumo es variable y está determinado por la población programada para la atención.
- En Huánuco, fue estimado en base al formato ICI del mes de Agosto, en los casos en que se recogió medicinas de dos o más establecimientos, éstos se sumaron. Se prefirió esta información a la reunida en el taller por ser más completa y estar disponible.
- En Pasco, se usó la información proporcionada por los brigadistas en el taller (a la lista presentada inicialmente agregaron los productos que efectivamente usan). Se registró información para cada una de las rutas.

- En Madre de Dios, sólo se obtuvo información de ICI para tres de las siete rutas: Huepetuhe, Guacamayo (Alto Libertad) y Bajo Puquiri, correspondientes al mes de Octubre. Para las otras rutas se consideró el costo promedio de éstas tres.
- Tanto en Huánuco como en Madre de Dios se encontró que el consumo de vacunas no figuraba en el formato ICI (excepto para una brigada). Estos datos se extrajeron en lo posible de los formatos de atenciones, estimando el número de frascos en función al número de dosis. Este valor es aproximado, pues no se sabe con certeza cuántos frascos se usaron.
- La información recibida en Huánuco y Madre de Dios tenía precios para la mayoría de los productos. En Pasco, se empleó principalmente los precios de Huánuco, complementando los faltantes con los precios de Madre de Dios, y por último con información del observatorio de precios de DIGEMID.

Transporte

- Este costo es fundamental en el desempeño de las Brigadas AISPED, toda vez que su labor requiere el traslado a las comunidades.
- Los costos se calcularon de acuerdo a la información registrada en la hoja "Ruta" del archivo Excel. (Ver Anexo II)
- En Huánuco, se obtuvo el costo de traslado para las siguientes rutas**:**
    - Llacsa-Sirabamba.
    - Utao-Derrepente
    - Ayancocha Alta.
    - Jesús Cauri.
    - San Pedro de Cholón.
    - Valle del Tazo Chico.
    - Patay Rondos.
    - Tournavista-Honoria.
    - Santa Martha-Codo del Pozuzo.
    - Yuyapichis.
    - Alto San Juan de Tulumayo.
- En Pasco para:
    - Pozuzo I
    - Pozuzo II
    - Puerto Bermudez I
    - Puerto Bermudez II
    - Ciudad Constitución
    - Palcazu
- En Madre de Dios para siete rutas:
    - Malinoski
    - Tahuamanu
    - Manu (Manu-Alto Madre de Dios)

    - Huepetuhe
    - Alto Libertad(Guacamayo)
    - Bajo Puquiri/ Colorado
    - Las Piedras
- En esta hoja adicionalmente se estimó el tiempo de traslado y el tiempo de atención, de acuerdo a lo indicado por las brigadas.
- En Pasco, algunos equipos AISPED incluyeron gastos de Alojamiento en razón a que también genera un gasto en parte de su desplazamiento.
- En Madre de Dios, el tiempo de otras actividades se estimó por diferencia, considerando 21 días por 8 horas, es decir 168. En los casos en que indicaron atención, pero no se especifica el tiempo, se asume que son 8 horas. En los casos en que han reportado Actividad Integral de Salud (AIS) y TRASLADO, asignamos un porcentaje al traslado (atienden en el camino) y la diferencia a las atenciones, de acuerdo a lo indicado por las brigadas. En el caso de la brigada Huepetuhe, el tiempo reportado como AIS, incluye 20% de caminata, pues sale hacia los campamentos mineros. Por eso se agregó este tiempo a traslado y se descontó de atención.
- Generalmente, las rutas se cumplen en un mes, en el caso de la ruta Manu_Alto Madre de Dios la ruta dura dos meses, por eso para el cálculo del costo mensual se dividió el costo de transporte de esta ruta entre dos.

Indumentaria

- En el taller cada equipo determinó sus requerimientos anuales, la cantidad requerida varió entre una y otra brigada, por lo que se estimó la moda de estos datos.
- Para la indumentaria que no fue requerida por todos los equipos, se consideró el menor valor mayor a 0.
- Se estimaron precios de mercado para los productos.
- En algunos casos, se hizo diferencias entre las brigadas de sierra y selva.

Alimentación

- Los equipos llevan y/o compran en la zona alimentos no perecibles.
- En algunas comunidades pueden comprar desayuno, almuerzo y cena.
- En Huánuco, dada la variabilidad del gasto de alimentación se consideró el promedio de lo proporcionado por la Brigada Valle del Tazo Chico, es decir 15 soles por día por cada miembro de la brigada.
- En Madre de Dios se usó el promedio de lo proporcionado por la Brigada Huepethue, es decir 19 soles por día por cada miembro de la brigada.

- En Pasco, se calculó el promedio de los costos mensuales estimados por cada brigada.

Útiles de escritorio y embalaje

- En cada región se calculó un costo por brigada.
- En Huánuco, se buscó uniformizar las cantidades de los útiles de acuerdo a los valores consignados por las brigadas, descartando los valores muy bajos y muy altos.
- Algunos de los útiles se consideraron para un año, por lo que el valor se dividió entre doce meses.
- En el taller de Madre de Dios, se presentó a los brigadistas la lista elaborada para Huánuco, la revisaron, no registrando mayor cambio. Se solicitó adicionalmente una banderola y carnet de identificación los mismos que fueron incluidos. Un equipo solicitó una laptop y una cámara fotográfica (esto no se incluyó en la lista).
- En Pasco, se estimó el promedio de los costos calculados por cada brigada.

COSTOS INDIRECTOS

Personal

- La estimación de este costo varió según las regiones
- En Huánuco se consideró :
    - El 50% del costo de la Coordinadora Regional de AISPED dividido entre el número de brigadas.
    - El 33% del costo de la Secretaria que recibe y revisa los informes mensuales, dividido entre el número de brigadas.
    - En la entrega de vacunas y medicamentos: 4 horas de enfermera y 4 de técnica en enfermería. (Algunas brigadas indicaron estos tiempos, otras no. Hemos asumido un tiempo aproximado, igualmente el personal que desarrolla esta labor es variado).
    - Un tiempo de coordinación y recepción de formatos de 8 horas por salida. (Se trata de tiempo acumulado tanto en la ida como en el regreso y en diferentes lugares). Se considera el tiempo de una enfermera.
    - Aunque sólo una brigada lo mencionó, consideramos el tiempo de un promotor por 3 días.
- En Pasco se consideró
    - El 15% del tiempo de la coordinadora AISPED de la DIRESA y el 20% de la coordinadora de red.

    - Para el resto de personal que apoya a las brigadas se estimó el número de horas por salida.
- Madre de Dios se consideró:
    - 10% del costo mensual del médico Jefe de AISPED dividido entre las tres brigadas.
    - El 50% del costo mensual de la encargada de AISPED dividido entre el número de brigadas.
    - El 10% del costo mensual de la enfermera que apoya el trabajo de las brigadas.
    - Para el resto de personal que apoya a las brigadas se estimó el número de horas por salida.

Infraestructura

- Por el espacio empleado para la coordinación regional, se consideró un alquiler equivalente a doscientos soles. Esto se dividió entre el número de brigadas.

Supervisión

- Se consideró sólo en Madre de Dios, porque así fue reportado.
- Se estimó un monto por salida de 2 supervisores por 3 días, considerando 90 soles diarios de viático y un promedio de 100 soles por transporte. Se estima 2 visitas de supervisión por ruta por año. El monto total se divide entre 12.
- Para efectos de estimación del costo promedio por brigada según región natural (sierra o selva), se ha imputado el costo de Supervisión de Madre de Dios para todas las brigadas.

COSTO TOTAL

- La suma del costo directo con el costo indirecto nos da el costo total para cada ruta.

COSTO UNITARIO DE CADA ATENCIÓN

ANALISIS DE LA PRODUCCION

- Las brigadas AISPED presentan como parte de su informe mensual, el reporte de actividades por etapa de vida.
- En el caso de Huánuco, se obtuvo información del mes de Agosto para las 11 rutas.
- En el caso de Madre de Dios se obtuvo información para 5 rutas pero de diferentes fechas:
    - Manu-Alto MDD (Agosto 2010)
    - Laberinto (Octubre 2010)
    - Huepetuhe (Noviembre 2010)
    - Malinoski (Noviembre 2010)
    - Bajo Puquiri (Noviembre 2010)

    Se debe tener en cuenta que la ruta Manu- Alto Madre de Dios dura dos meses.

ESTIMACION DEL COSTO UNITARIO DE ATENCION

- Se identificó cada atención con el código PEAS.
- En algunos casos no se identificó la actividad en la lista del PEAS, por lo que se asignó el código de una actividad equivalente o similar.
- La identificación del código PEAS permitió determinar la URV para cada actividad.
- Esto nos permitió determinar el costo unitario de cada actividad para cada brigada y para el total región. El procedimiento fue el siguiente:
    a. Multiplicar la URV por el número de atenciones
    b. La suma total de estos productos nos da un monto total (que sería el costo si la URV fuera el costo).
    c. Con este factor se reparte el costo total de brigada (determinado previamente) en forma proporcional a cada actividad.
    d. Este valor se divide entre el número de atenciones obteniendo así el costo unitario para cada brigada.
- Dado que se obtienen diferentes valores para las brigadas, se calculó el costo de Huánuco mediante un promedio ponderado.
    a. Se determina el producto del número de atenciones por el costo unitario de cada brigada.
    b. Se suma estos valores.
    c. Se divide entre el número de atenciones.
- Finalmente se determinó el número de brigadas que realizaron cada una de las actividades en el mes de agosto.

- En la hoja Resumen se ha estimado un costo por persona, dividiendo el costo de la brigada entre el número de pobladores de las comunidades visitados.

7. Preparación de los cuadros resumen para cada región, estimación de costos por atención, por poblador entre otros.

Cuadro Resumen por cada región

a. Se estimó el costo mensual para cada ruta y para la región. Conviene aclarar que en el caso de Huánuco el costo de la ruta coincide con el de la brigada por cuanto cada brigada desarrolla una sola ruta.
b. Para Madre de Dios, el costo mensual estimado ha sido bajo el supuesto que se cumplieran las rutas todos los meses. En la actualidad operan sólo tres brigadas que alternan las rutas analizadas. Además, existe una ruta que demora dos meses.
c. En Pasco, sólo se recogió costos en la Red Oxapampa, limitándose el estudio a esta zona. En ella operan cinco brigadas, una de las cuales opera dos rutas de manera alternada. Nos colocamos en la situación de mayor costo, suponiendo el funcionamiento de una sexta brigada.
d. La información se presenta por brigada y por mes. Lo que facilitaría la estimación de diversos escenarios, en el supuesto que las brigadas alternen sus rutas, como se viene dando en Pasco y Madre de Dios, y probablemente en otras regiones del país.

8. Estimación de costo promedio por región geográfica de operación (Sierra y Selva)

Con los resultados obtenidos a nivel de cada brigada y la identificación de la región geográfica donde opera (con independencia de la región) se ha estimado un costo referencial de operación de una brigada por región geográfica Sierra y Selva.

RESULTADOS PRINCIPALES

Como resultado de este estudio, se obtuvieron, los costos mensuales por ruta analizada en cada una de las regiones y los costos unitarios para todas las rutas en Huánuco y para tres de las rutas de Madre de Dios. También se realizó la revisión del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) del primer nivel con los médicos de las brigadas a fin de determinar si están contempladas las atenciones que realizan las brigadas.

Los resultados en detalle se pueden apreciar en las siguientes tablas y los anexos, aquí se anota algunos hallazgos principales del estudio son:

Según los factores de producción:

- El costo mensual del personal directo es el mismo para todas las rutas y asciende a 12,500 nuevos soles.
- El costo mensual estimado en instrumental y equipo fue 425 nuevos soles.
- El costo mensual de insumos varía por brigada pues depende tanto de las atenciones como de la población programada. El valor mínimo estimado es 660 nuevos soles para la brigada Llacsa Sirabamba AISPED I, zona Sierra en Huánuco, hasta 5,770 nuevos soles en la brigada Puerto Bermudez II, zona Selva de Pasco.
- El costo mensual transporte varía según la ruta brigada. El valor mínimo estimado es 405 nuevos soles para la brigada Valle del Tazo Chico AISPED IV, zona Selva en Huánuco, hasta 4,678 nuevos soles en la brigada Ciudad constitución, zona Selva de Pasco. Cabe mencionar que la brigada de Madre de Dios que cubre la ruta Manu, dura dos meses, su costo mensual es de 855, pero el costo de ruta es 1,710 nuevos soles.

- El costo mensual de indumentaria es común por región geográfica al interior de cada región, pero varían entre regiones. Por ejemplo, para Huánuco sierra se estima 999 nuevos soles; para Huánuco Selva, se estima 1,064 nuevos soles.
- El costo mensual de útiles de escritorio y Material varía entre 398 en Huánuco y 473 nuevos soles en Madre de Dios.
- Los costos mensuales en alimentación varía entre 795 en Pasco y 1,900 nuevos soles en Madre de Dios.
- Los costos mensuales del costo indirecto (personal indirecto, infraestructura, y supervisión) varía entre 603 en Huánuco y 1,119 nuevos soles en Madre de Dios.

En términos generales:

- Los costos mensuales estimados, suponiendo el recorrido mensual de todas las rutas analizadas cada mes son: en Huánuco, para las once rutas S/. 202,665, en Pasco para las 6 rutas S/. 127,722 y en Madre de Dios para 7 rutas S/. 143,500.

- Los costos unitarios estimados de cada una de las actividades por etapa de vida se muestran en el Anexo 3.
- El costo promedio mensual estimado por brigada para la zona Sierra es S/. 18,442 y para la zona Selva es S/. 20,198.
- La relación que realizan las brigadas contempladas en el de atenciones del PEAS del primer nivel se presentan en el Anexo 4. Cabe mencionar que hay atenciones que no están contempladas en el PEAS de primer nivel, en particular, aquellas relacionadas a la atención colectiva.

TABLAS DE RESULTADOS:

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

ESTIMACION DE COSTOS DE ATENCION DE LAS BRIGADAS AISPED

DIRESA **HUANUCO**

2.FECHA: 27 de Octubre de 2010

3. Objetivo: Obtener información del uso de recursos utilizados en los servicios realizados por las Brigadas Aisped

Brigada	Personal Directo	Instrumental	Insumos y Medicinas	Transporte	Indumentaria	Utiles de escritorio y Material de Embalaje	Alimentación	**Costo Directo**	Personal Indirecto	Infraestructura	**Costo Indirecto**	**Costo Total**
LLACSA SIRABAMBA AISPED I	12500	425	660	530	999	398	1500	**17012**	462	18	**480**	**17492**
UTAO- DERREPENTE AISPED II	12500	425	824	670	1064	398	1500	**17381**	462	18	**480**	**17861**
AYANCOCHA ALTA AISPED III	12500	425	1880	1290	999	398	1500	**18992**	462	18	**480**	**19472**
JESUS CAURI AISPED IV	12500	425	995	770	999	398	1500	**17586**	462	18	**480**	**18067**
SAN PEDRO DE CHOLON AISPED V	12500	425	929	955	999	398	1500	**17705**	462	18	**480**	**18185**
VALLE DEL TAZO CHICO AISPED VI	12500	425	938	405	1064	398	1500	**17230**	462	18	**480**	**17711**
Patay Rondos AISPED VII	12500	425	1117	960	999	398	1500	**17898**	462	18	**480**	**18379**
Tournavista-Honoria	12500	425	1997	2715	1046	398	1500	**20581**	462	18	**480**	**21061**
Santa Martha- Codo del Pozuzo	12500	425	726	1980	1046	398	1500	**18576**	462	18	**480**	**19056**
YUYAPICHIS	12500	425	790	1160	1046	398	1500	**17819**	462	18	**480**	**18299**
ALTO SAN JUAN DE TULUMAYO	12500	425	429	305	1046	398	1500	**16603**	462	18	**480**	**17083**
Total General	137500	4675	11284	11740	11307	4378	16500	**197384**	5081	200	**5281**	**202665**
Tiempo Promedio												

Fuente Reunión realizada en la ciudad de Huánuco el día 27-10-10

PASCO

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

ESTIMACION DE COSTOS DE ATENCION DE LAS BRIGADAS AISPED

DIRESA: PASCO **RED:** OXAPAMPA

2.FECHA: 5 de Noviembre de 2010

3. Objetivo: Obtener información del uso de recursos utilizados en los servicios realizados por las Brigadas Aisped

Brigada	Personal Directo	Instrumental	Insumos y Medicinas	Transporte	Indumentaria	Utiles de escritorio y Material de	Alimentación	Costo Directo	Personal Indirecto	Infraestructura	Costo Indirecto	Costo Total
POZUZO I	12500	425	2620	1150	911	380	795	18782	713	40	753	19535
POZUZO II	12500	425	2699	1155	911	380	795	18866	713	40	753	19618
PUERTO BERMUDEZ I	12500	425	3164	2360	878	380	795	20502	713	40	753	21255
PUERTO BERMUDEZ II	12500	425	5770	3108	878	380	795	23857	713	40	753	24609
CIUDAD CONSTITUCIÓN	12500	425	4678	3023	878	380	795	22679	713	40	753	23432
PALCAZU	12500	425	1357	2185	878	380	795	18520	713	40	753	19273
Total General	75000	2550	20288	12980.5	5334	2281.8	4771.8	123206	4276	240	4516	127722

MADRE DE DIOS

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

ESTIMACION DE COSTOS DE ATENCION DE LAS BRIGADAS AISPED

DIRESA **MADRE DE DIOS**

2.FECHA: 2 DE DICIEMBRE 2010

3. Objetivo: Obtener información del uso de recursos utilizados en los servicios realizados por las Brigadas Aisped

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Brigada	Personal Directo	Instrumental	Insumos y Medicinas	Transporte	Indumentaria	Utiles de escritorio y Material de	Alimentación	**Costo Directo**	Personal Indirecto	Infraestructura	Supervisión	**Costo Indirecto**	**Costo Total**
RUTA MALINOSKI	12500	425	2334	1225	701	473	1900	**19558**	929	67	123	**1119**	**20677**
RUTA TAHUAMANU	12500	425	2334	745	701	473	1900	**19078**	929	67	123	**1119**	**20197**
RUTA MANU	12500	425	2334	855	701	473	1900	**19188**	929	67	123	**1119**	**20307**
RUTA HUEPETUHE	12500	425	2413	940	701	473	1900	**19352**	929	67	123	**1119**	**20471**
RUTA ALTO LIBERTAD	12500	425	1765	355	701	473	1900	**18119**	929	67	123	**1119**	**19238**
RUTA BAJO PUQUIRI/COLORADO	12500	425	2824	911	701	473	1900	**19734**	929	67	123	**1119**	**20853**
RUTA LAS PIEDRAS	12500	425	2334	2305.6	701	473	1900	**20639**	929	67	123	**1119**	**21758**
Total General	87500	2975	16338	7336.6	4909	3311	13300	**135670**	6501	467	863	**7831**	**143500**

Fuente: Reunión realizado en la ciudad de Puerto Maldonado el 2 de diciembre

Nota: Para la ruta Manu-Alto MDD el costo de transporte y el número de atenciones se dividió entre dos por ser una ruta que dura dos meses

TIEMPOS Y COSTOS UNITARIOS

DIRESA HUÁNUCO

DIRESA HUANUCO
TIEMPOS Y COSTOS UNITARIOS

Brigada	Horas de Viaje	Días de Viaje	Días de Atención	Población	Costo / persona	Atenciones	Costo / Atención
LLACSA SIRABAMBA AISPED I	76	10	11	1194	14.65	1044	16.75
UTAO- DERREPENTE AISPED II	53	7	13	562	31.78	805	22.19
AYANCOCHA ALTA AISPED III	77	10	10	783	24.87	2261	8.61
JESUS CAURI AISPED IV	84	11	10			608	29.71
SAN PEDRO DE CHOLON AISPED V	107	13	7	1120	16.24	1791	10.15
VALLE DEL TAZO CHICO AISPED VI	35	4	16	821	21.57	1319	13.43
Patay Rondos AISPED VII	71	9	11	582	31.58	753	24.41
Tournavista-Honoria	88	11	9	720	29.25	1149	18.33
Santa Martha- Codo del Pozuzo	55	7	13	370	51.50	1031	18.48
YUYAPICHIS	73	9	11	642	28.50	774	23.64
ALTO SAN JUAN DE TULUMAYO	38	5	15	554	30.84	856	19.96
Total General	**756**	94	126			12391	16.36
Tiempo Promedio	69	9	11				

DIRESA PASCO

Brigada	Horas de Viaje	Horas de atención	Días de Atención		Población	Costo/persona
POZUZO I	89	65	8		1346	29.03
POZUZO II	84	56	7		1079	36.36
PUERTO BERMUDEZ I	153	88	11		1528	27.82
PUERTO BERMUDEZ II	60	76	10		1260	39.06
CIUDAD CONSTITUCIÓN	107	80	10		1411	33.21
PALCAZU	95	95	12		1029	37.46
Total General	588	460	58			
Tiempo Promedio	98	77	13			

DIRESA MADRE DE DIOS

TIEMPOS Y COSTOS UNITARIOS

Brigada	Horas de Viaje	Horas de atención	Días de Atención	Población	Costo/persona	Atenciones	Costo por Atención
RUTA MALINOSKI	26	96	12			1648	12.5
RUTA TAHUAMANU	14	74	9	1145	17.64	1772	11.4
RUTA MANU				1579	25.72	1328	15.3
RUTA HUEPETUHE	52	122	15	1532	13.36	2571	8.0
RUTA ALTO LIBERTAD	7	129	16	1477	13.03	1118	17.2
RUTA BAJO PUQUIRI/COLO	26	125	16	1178	17.70	814	25.6
RUTA LAS PIEDRAS	79	80	10	449	48.46	264	82.4
Total General	**204**	**625**	78				

ESTIMACIÓN DE COSTO PROMEDIO MENSUAL DE LAS BRIGADAS AISPED EN REGION GEOGRÁFICA SELVA

Región	Zona	Brigada	Personal Directo	Instrumental	Insumos y Medicinas	Transporte	Indumentaria	Utiles de escritorio y Material de Embalaje	Alimentación	**Costo Directo**	**Personal Indirecto**	**Infraestructura**	**Supervisión**	**Costo Indirecto**	**Costo Total**
Huánuco	Selva	UTAO- DERREPENTE AISPED II	12500	425	824	670	1064	398	1500	17381	462	18	123	603	17984
Huánuco	Selva	VALLE DEL TAZO CHICO AISPED VI	12500	425	938	405	1064	398	1500	17230	462	18	123	603	17834
Huánuco	Selva	Tournavista-Honoria	12500	425	1997	2715	1046	398	1500	20581	462	18	123	603	21184
Huánuco	Selva	Santa Martha- Codo del Pozuzo	12500	425	726	1980	1046	398	1500	18576	462	18	123	603	19179
Huánuco	Selva	YUYAPICHIS	12500	425	790	1160	1046	398	1500	17819	462	18	123	603	18422
Huánuco	Selva	ALTO SAN JUAN DE TULUMAYO	12500	425	429	305	1046	398	1500	16603	462	18	123	603	17206
Pasco	Selva	POZUZO I	12500	425	2620	1150	911	380	795	18782	713	40	123	876	19658
Pasco	Selva	POZUZO II	12500	425	2699	1155	911	380	795	18866	713	40	123	876	19741
Pasco	Selva	PUERTO BERMUDEZ I	12500	425	3164	2360	878	380	795	20502	713	40	123	876	21378
Pasco	Selva	PUERTO BERMUDEZ II	12500	425	5770	3108	878	380	795	23857	713	40	123	876	24732
Pasco	Selva	CIUDAD CONSTITUCIÓN	12500	425	4678	3023	878	380	795	22679	713	40	123	876	23555
Pasco	Selva	PALCAZU	12500	425	1357	2185	878	380	795	18520	713	40	123	876	19396
Madre de Dios	Selva	RUTA MALINOSKI	12500	425	2334	1225	701	473	1900	19558	929	67	123	1119	20677
Madre de Dios	Selva	RUTA TAHUAMANU	12500	425	2334	745	701	473	1900	19078	929	67	123	1119	20197
Madre de Dios	Selva	RUTA MANU	12500	425	2334	855	701	473	1900	19188	929	67	123	1119	20307
Madre de Dios	Selva	RUTA HUEPETUHE	12500	425	2413	940	701	473	1900	19352	929	67	123	1119	20471
Madre de Dios	Selva	RUTA ALTO LIBERTAD	12500	425	1765	355	701	473	1900	18119	929	67	123	1119	19238
Madre de Dios	Selva	RUTA BAJO PUQUIRI/COLORADO	12500	425	2824	911	701	473	1900	19734	929	67	123	1119	20853
Madre de Dios	Selva	RUTA LAS PIEDRAS	12500	425	2334	2305.6	701	473	1900	20639	929	67	123	1119	21758
Costo Total			237,500	8,074	42,330	27,552	16,557	7,981	27,072	367,066	13,548	816	2,339	16,703	383,769
Costo Promedio			**12,500**	**425**	**2,228**	**1,450**	**871**	**420**	**1,425**	**19,319**	**713**	**43**	**123**	**879**	**20,198**

ESTIMACIÓN DE COSTO PROMEDIO MENSUAL DE LAS BRIGADAS AISPED EN ZONA SIERRA

Región	Zona	Brigada	Personal Directo	Instrumental	Insumos y Medicinas	Transporte	Indumentaria	Utiles de escritorio y Material de Embalaje	Alimentación	Costo Directo	Personal Indirecto	Infraestructura	Supervisión	Costo Indirecto	Costo Total
Huánuco	Sierra	LLACSA SIRABAMBA AISPED I	12500	425	660	530	999	398	1500	17012	462	18	123	603	17615
Huánuco	Sierra	AYANCOCHA ALTA AISPED III	12500	425	1880	1290	999	398	1500	18992	462	18	123	603	19595
Huánuco	Sierra	JESUS CAURI AISPED IV	12500	425	995	770	999	398	1500	17586	462	18	123	603	18190
Huánuco	Sierra	SAN PEDRO DE CHOLON AISPED V	12500	425	929	955	999	398	1500	17705	462	18	123	603	18308
Huánuco	Sierra	Patay Rondos AISPED VII	12500	425	1117	960	999	398	1500	17898	462	18	123	603	18502
Costo Total			62,500	2,125	5,580	4,505	4,994	1,990	7,500	89,194	2,310	91	615	3,016	92,209
Costo Promedio			**12,500**	**425**	**1,116**	**901**	**999**	**398**	**1,500**	**17,839**	**462**	**18**	**123**	**603**	**18,442**

Nota:- En las estimaciòn de costos de Huánuco y Pasco no se considerò el costo de supervisiòn. Para efectos de la estimación del costo por zona usamos el valor calculado en Madre de Dios

ANEXOS:

Anexo1. Instrumento de recojo de información.

Anexo 2. Costo de Traslado por ruta

Anexo3. Costos unitarios por atención

Anexo 4. Relación de atenciones PEAS del primer nivel que realizan las Brigadas AISPED

ANEXO I

1. COORDINACIÓN

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES					
REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED					
A ser llenado por el Coordinador Regional AISPED					
Personal encargado de la coordinación de las actividades de las Brigadas AISPED					
Nombre	**Cargo**	**DIRESA/RED**	**Profesión**	**% de Tiempo dedicado a AISPED**	
	Coordinador Regional				
	Coordinador de la Red				
	Secretaria				
INFRAESTRUCTURA		**DIRESA**	**RED**	**RED**	**RED**
¿Qué área tiene la Oficina del Coordinador de AISPED? Indicar en metros cuadrados					
¿Se comparte esta oficina con otras áreas?					
De ser así ¿ Qué área es usada exclusivamente para AISPED?					

2. PERSONAL

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED

1.LUGAR:	**PASCO**
2.FECHA:	
3. OBJETIVO	Obtener información del uso de recursos utilizados en los servicios realizados por las Brigadas Aisped
Nombre de la Brigada Informante	
Número de Rutas que realiza	
Número de Comunidades que visita	

4. INTEGRANTES DE LA BRIGADA

Nombres y Apellidos	Código HIS	Profesión	Días de Ruta	Días de Informe
		Médico		
		Odontólogo		
		Obstetriz		
		Enfermera		
		T.Enfermería		

5.PERSONAL DE 0TRAS AREAS

El desarrollo de las actividades de la Brigada requiere que personal de otras áreas dedique tiempo para tareas tales como :

- *Entrega de Medicamentos*
- *Reuniones de Coordinación*
- *Recepción de Informes*
- *etc.*

En la tabla siguiente registrar el nombre de estas personas y completar los datos solicitados

Nombre	Actividad	Cargo	Profesión	Horas	Oficina

3. LISTA DE COMUNIDADES POR RUTA

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED **PASCO**

En la relación siguiente, indicar la población de cada comunidad

Si el detalle de la ruta no corresponde a lo real, modifique lo que considere conveniente

EQUIPOS AISPED

DIRESA PASCO - 07 EQUIPOS AISPED - 2010

AISPED	RED	MICRODES	N° RUTA	ESTABLECIMIENTO	N°	COMUNIDADES	POBLACION TOTAL	NIÑOS										ADOLESCENTE			ADULTO		ADULTO MAYOR	Gestantes	MEF	
								<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 a 12	13 a 15	16 a 19	20 a 49	50 a 60	>60		10 a 15	16 a 49
POZUZO-CAÑACHACRA	OXAPAMPA	POZUZO	I	POZUZO		LIBERTAD																				
						CONCEPCION																				
						SAN JOSE																				
						SINAI																				
						SAN MIGUEL																				
						OSO MAYO																				
						CASCAJO																				
						RIO TIGRE																				
						SAN PEDRO																				
POZUZO		POZUZO	II	POZUZO		SAN LUIS DE SANTA CRUZ																				
						SANTA CRUZ																				
						MUSHUYUNCA																				
						SAN JUAN																				
						LUCMAPATA																				
						PUCAYACU																				
						SAN LUIS DE LAGARTO																				

4. PROGRAMACIÓN ANUAL

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED **PASCO**

PROGRAMACION ANUAL

Marcar con un aspa el mes en que se realiza cada ruta

RUTA/MES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

5. RUTA

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED

Detalle la información de cada una de las rutas en las que desarrollan su labor,

Nombre de la Ruta

Indicaciones

1. Describir un mes paso a paso
2. En los casos en que se desarrollen varias actividades en el mismo día repetir la fecha
3. En la columna actividad indique si se trata de un Viaje, Atenciones, Informes, Coordinación, Recojo de Materiales, Entrega de Información u otra actividad
4. En la columna Lugar:
En el caso de viaje, indicar el punto de partida y el punto de llegada(usar una fila para cada medio de transporte utilizado)
En los demás casos , indicar el lugar en el que se desarrolla la actividad
5.En la columna tiempo indicar el tiempo de la actividad en horas (sólo número, ej: si son 4 horas anotar 4);
Si la actividad dura menos de una hora, indicar el tiempo como fracción de hora, dividiendo entre 60 (Ej. Si son 30 min, anotar 30/60, es decir 0.5)
6. Las siguientes columnas sirven para determinar el costo de traslado a lo largo de la ruta
*Esta columnas se completan sólo cuando la actividad indicada es **Viaje***
7. En la columna Medio de Transporte indicar si es carro, bote, a pie,etc.
8. En la columna Unidad especificar si el pago es por pasaje, galón de gasolina, asémila, etc.
9. En la columna Cantidad indicar el número de pasajes comprados, el número de galones de asémilas
10. En la columna Precio, indicar el precio unitario del pasaje, galón de gasolina, etc.
11. En el caso de que el medio de transporte sea a pie,si se usa algún medio para el transporte de la carga,completar la información correspondiente.
12. La columna Total se calculará automáticamente
13. En el caso en alguno de los traslados se pagara por dos conceptos (ejemplo:pasaje y gasolina) insertar una fila para registrar la información desagregada
14. En la columna Fuente de Financiamiento, indicar si recibe fondos del MINSA, de la DIRESA, o si lo paga el BRIGADISTA

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
								0	
								0	
								0	
								0	
								0	
								0	
								0	
								0	
								0	
								0	
Costo Total de Traslado								**0**	

Tiempo de Traslado	0
Tiempo de Atención	0
Tiempo de Otras Actividades	0
Tiempo Total	**0**

6. MEDICINAS E INSUMOS

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES			
REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED	**PASCO**		
Medicinas e insumos requeridos para cada tipo de atención			
1. ¿Cómo se determina la cantidad de insumos que llevan en cada ruta?			
2. ¿Tienen algo estandarizado? ¿Existe un paquete en función a la población a atender en la ruta?			

Descripción		***Presentación***	**Cantidad Mensual**
ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO (SULFATO FERROSO + ACIDO FOLICO)		TAB	
ALBENDAZOL	200mg	TAB	
AMOXICILINA	60ml	SUS	
AMOXICILINA	120ml	SUS	
AMOXICILINA	250mg	TAB	
AMOXICILINA	500mg	TAB	
CLORFENAMINA MALEATO	4mg	TAB	
DEXTROSA (GLUCOSA EN AGUA)	1000ml	SOL INY	
DICLOXACILINA	120ml	SUS	
FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO (SULFATO FERROSO HEPTAHIDRATADO)	180ml	JBE	
IBUPROFENO	400mg	TAB	
LIDOCAINA CLORHIDRATO C/EPINEFRINA	1.8ml	CRP	

7. INDUMENTARIA

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES			
REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED		**PASCO**	
Indumentaria requerida por los equipos en un año			
DESCRIPCION	**UNIDAD DE MEDIDA**	**CANTIDAD**	**TIEMPO DE USO**
BUZO COMPLETO	JUEGO		
CHALECO	UNIDAD		
POLO	UNIDAD		
BOTAS DE JEBE	PAR		
ZAPATILLA	PAR		
CHALINA	UNIDAD		
GUANTES	UNIDAD		
GORRO	UNIDAD		
PONCHO	UNIDAD		
LINTERNA	UNIDAD		
BOLSA DE DORMIR	UNIDAD		
MOCHILA	UNIDAD		
Agregar las filas necesarias si hubieran más equipos			

8. ÚTILES DE ESCRITORIO

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED

UTILES DE ESCRITORIO Y EMBALAJE

Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Precio	Total

9. ALIMENTACIÓN

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED

RELACION DE ALIMENTOS REQUERIDOS

Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Precio	Total

NOTA: Si en algunos lugares reciben pensión indicar el gasto por menú y el número de días

10. REPORTES

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES				
REUNIÓN TÉCNICA CON EQUIPOS AISPED	**PASCO**			
1. Detalle cómo se reporta las actidades realizadas				

Información	Formato	Oficina a la que se entrega	Persona a quien se entrega	Nivel (Red/ Microred,Establecimiento)

ANEXO II

TIEMPOS Y COSTOS DE TRASLADO

HUÁNUCO

RUTA: LLACSA SIRABAMBA

Fecha	Lugar	Horas de Viaje	Horas	Medio de Transport	Costo de Transporte	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5 pasajes a 50 soles)	Descripción	Cantidad	Precio	Costo Total
05/10/2010	HUANUCO - MR QUERA - SIRABAMBA	6 horas	6	CARRO	60 NUEVOS SOLES	5 PASAJES A 12 SOLES	PASAJE	5	12	**60**
06/10/2010	SIRABAMBA MARIAN	3 - 4 HORAS	4	PIE - ASEMILA	40 NUEVOS SOLES	2 ASEMILAS A 20 SOLES	ASEMILA	2	20	**40**
07/10/2010	MARIAN -PURO PURO	2 HORAS	2	PIE						**0**
08/10/2010	PURO PURO - PAMPA MACHAY	2 HORAS	2	PIE						**0**
09/10/2010	PAMPAMACHAY - SIRABAMBA	7 - 8 HORAS	8	PIE						**0**
10/10/2010	SIRABAMBA -LLACSA SIRABAMBA	6 HORAS	6	CARRO	100 NUEVOS SOLES	5 PASAJES A 20 SOLES	PASAJE	5	20	**100**
11/10/2010	SIRABAMBA –COTAPALLA	4 HORAS	4	CARRO	100 NUEVOS SOLES	5 PASAJES A 20 SOLES	PASAJE	5	20	**100**
12/10/2010	COTAPALLA - ISHANCA	3 HORAS	3	PIE - ASEMILA	40 NUEVOS SOLES	2 ASEMILAS A 20 SOLES	ASEMILA	2	20	**40**
13/10/2010	ISHANCA - HUALLAPAMPA - ISHANCA	6 HORAS	6	PIE						**0**
14/10/2010	ISHANCA HUANIHUARGA	3 HORAS	3	PIE						**0**
15/10/2010	ISHANCA - MARAY	3 HORAS	3	PIE - ASEMILA	40 NUEVOS SOLES	2 ASEMILAS A 20 SOLES	ASEMILA	2	20	**40**
16/10/2010	MARAY - HUAJAJ	1 HORA	1	PIE						**0**
17/10/2010	HUAJAJ - QUERAPAMPA	3 HORAS	3	PIE						**0**
18/10/2010	QUERAPAMPA - LA MADERA LIBERTAD DE SANTA ANA	3 HORAS	3	PIE						**0**
19/10/2010	LA MADERA - LIBERTAD DE SANTA ANA	5 HORAS	5	PIE						**0**
20/10/2010	LIBERTAD DE SANTA ANA - YANACOCHA	7 HORAS	7	PIE - ASEMILA	60 NUEVOS SOLES	2 ASEMILAS A 30 SOLES	ASEMILA	2	30	**60**
21/10/2010	YANACOCHA									**0**
22/10/2010	YANACOCHA CAPILLAPAMPA	2 HORAS	2	PIE						**0**
23/10/2010	CAPILLAPAMPA P.S. SAN PEDRO DE CANI	6 HORAS	6	PIE - ASEMILA	60 NUEVOS SOLES	2 ASEMILAS A 30 SOLES	ASEMILA	2	30	**60**
24/10/2010	P.S. SAN PEDRO DE CANI – HUANUCO	2 HORAS	2	CARRO	30 NUEVOS SOLES	5 PASAJES A 6 SOLES	PASAJE	5	6	**30**
LLACSA SIRA	TOTALES		**76**							**530**
Financiado por el propio personal										0
dia 21	HUANUCO - MR QUERA	Entrega de informes								0
										0

RUTA: UTAO-DERREPENTE

Fecha	Lugar	Horas de Viaje		Medio de Transporte	Costo de Transporte	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5 pasajes a 50 soles)	Descripción	Cantidad	Precio	Costo Total
01	**HUANUCO-P.S. UTAO**	2	2	AUTO	S./ 90.00	5 PASAJES DE S./ 10.00	PASAJE	5	10	50
01	P.S. UTAO-MARCAPUYAN	2	2	AUTO	S./ 50.00	5 PASAJES DE S./ 10.00	PASAJE	5	50	250
04	DE MARCAPUYAN A AGUA RICA	14	14	A PIE	S./ 50.00	S./ 25.00 X TRASLADO D	TRASLADO	2	50	100
06	DE AGUA RICA A SAN JOSE	5	5	A PIE	S./ 20.00	S./ 20.00 TRASLADO	TRASLADO	1	20	20
09	DE SAN JOSE A CHINCAY	3	3	A PIE	S./ 20.00	S./ 20.00 TRASLADO	TRASLADO	1	20	20
11	DE CHINCAY A LAUPE	3	3	A PIE	S./ 20.00	S./ 20.00 TRASLADO	TRASLADO	1	20	20
12	DE LAUPE A MESAPATA	4	4	A PIE	S./ 80.00	S./ 20.00 X TRASLADO	TRASLADO	2	40	80
14	DE MESAPATA A SAN CARLOS	2	2	A PIE	S./ 20.00	S./ 20.00 TRASLADO	TRASLADO	1	20	20
16	DE SAN CARLOS A PURISIMA	3	3	A PIE	S./ 20.00	S./ 20.00 TRASLADO	TRASLADO	1	20	20
17	DE PURISIMA A SANTA ROSA DE QUIVES	4	4	A PIE	S./ 20.00	S./ 20.00 TRASLADO	TRASLADO	1	20	20
20	DE SANTA ROSA DE QUIVES A PUENTE DURA	8	8	A PIE	S./ 20.00	S./ 20.00 TRASLADO	TRASLADO	1	20	20
20	DE PUENTE DURAND A HUANUCO	3	3	AUTO	S./ 50.00	S./ 50.00 TRASLADO	PASAJE	5	10	50
)ERREPENTE A	*TOTALES*		**53**							**670**

RUTA: AYANCOCHA ALTA

Fecha	Lugar	Horas de Viaj	Horas	Medio de Transport	Costo de Transporte	Describa el cálculo del c	Descripción	Cantidad	Precio	Costo Total
5y6 /10 /2010	Huanuco -Ambo	1 horas	1	Carro	15 soles	5 pasajes a 3 soles	PASAJE	5	3	15
	Ambo - Ayancocha alta	2 Horas	2	Carro	30 soles	5 pasajes a 6 soles	Pasaje	5	6	30
7 y8 /10 /201	ayancocha alta -Maray	10 Horas	10	cargador ò asemila	50 Soles	2 asemilas de carga	asemila	2	25	50
					100 soles	5 asemilas de montar	asemila	5	20	100
9 y10 /10 /20	maray-san cristobal	2 Horas	2	cargador ò asemila	30 soles	2 asemilas de carga	Pie- asemila	2	15	30
11y 12 /10 /2	sancristobal -vistoso	4 Horas	4	cargador ò asemila	50 soles	2 asemilas de carga	Pie- asemila	2	25	50
13 y 14 /10 /2	Vistoso - Shupash	3 Horas	3	cargador ò asemila	50 soles	2 asemilas de carga	Pie- asemila	2	25	50
15/10/2010	Shupash - Angonay	2 Horas	2	cargador ò asemila	30 soles	2 asemilas de carga	Pie- asemila	2	15	30
	TRASLADO DE VACUNA y Medicina	14 Horas	14	asemila	75 soles	3 asemilas de carga	asemila	3	25	75
					25 soles	jornal de trabajo del po	persona	1	25	25
16 y 17/10 /2	Shupah - Acobamba	6 Horas	6	cargador ò asemila	50 soles	2 asemilas de carga	asemila	2	25	50
					100 soles	5 asemilas de montar	asemila	5	20	100
18,19 y 20 /1	Acobamba - Carampayoc	7 Horas	7	cargador ò asemila	40 soles	2 asemilas de carga	asemila	2	20	40
					100 soles	5 asemilas de montar	asemila	5	20	100
21y 22 /10 /2	Carampayoc - Galvez	8 Horas	8	cargador ò asemila	40 soles	2 asemilas de carga	asemila	2	20	40
					100 soles	5 asemilas de montar	asemila	5	20	100
					20 soles	jornal de trabajo del po	persona	1	20	20
23/10/2010	Galvez - tunel	7 Horas	7	cargador ò asemila	40 soles	2 asemilas de carga	asemila	2	20	40
					100 soles	5 asemilas de montar	asemila	5	20	100
					20 soles	jornal de trabajo del po	persona	1	20	20
23/10/2010	Tunel-Huachon	4 horas	4	Carro	75 Soles	5 pasajes a 15 soles	Carro	5	15	75
24/10/2010	Huachon - Cerro de Pasco	4 Horas	4	Carro	75soles	5 pasajes a 15 soles	Carro	5	15	75
24/10/2010	Cerro de Pasco - Huanuco	3 Horas	3	Carro	100 Soles	5 pasajes a 20 soles	Carro	5	15	75
AYANCOCHA ALTA AISPED III			**77**							**1290**

RUTA: JESUS CAURI

Fecha	Lugar	Horas	Hr	Medio de Transporte	Costo de Transporte	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5 pasajes a 50 soles)	Descripción	Unidad	Cantidad	Precio
05/10/2010	DIRE SA HUANUCO - VIAJE			CARRO	100					100
06/10/2010	HUANUCO ULTIMA TROCHA COLPAS	9	9	CARRO						
07/10/2010	HUANCAN	6	6	A PIE						
08/10/2010	HUANCAN			A PIE	50					50
09/10/2010	HUANCAN - SHAPRAY	8	8	A PIE	50					50
10/10/2010	SHAPRAY			A PIE						
11/10/2010	SHAPRAY - UCRUCANCHA	4	4	A PIE	50					50
12/10/2010	UCRUCANCHA	2	2	A PIE						
13/10/2010	UCRUCANCHA - JULCAN	12	12	A PIE	50					50
14/10/2010	JULCAN	2	2	A PIE						
15/10/2010	JULCAN - CHAULAN - HUANUCO	12	12	A PIE - CARRO	100					100
16/10/2010	HUANUCO - C.S. CAURI	3	3	CARRO						
17/10/2010	C.S. CAURI - OROPUQUIO	4	4	A PIE	100					100
18/10/2010	OROPUQUIO			A PIE						
19/10/2010	OROPUQUIO - SANTA ROSA DE SHICK	5	5	A PIE	50					50
20/10/2010	SANTA ROSA DE SHICK			A PIE						
21/10/2010	STA ROSA DE SHICK - PUQUIO	4	4	A PIE	50					50
22/10/2010	PUQUIO			A PIE						
23/10/2010	PUQUIO - P.S. ANTACOLPA	10	10	A PIE	50					50
24/10/2010	P.S. ANTACOLPA			A PIE						
25/10/2010	P.S. - C.S. CAURI - VIAJE A HCO	3	3	A PIE - CARRO	120					120
26/10/2010	ELABORACION DE INFORMES									
27/10/2010	ELABORACION DE INFORMES									
28/10/2010	ENTREGA DE INFORMES									
29/10/2010	ENTREGA DE INFORMES - CORREGIDOS									
JESUS CAURI AIS	**TOTALES**		84							**770**

RUTA: SAN PEDRO DE CHOLON

Fecha	Lugar	Horas de Viaje	Horas	Medio de Transporte	Costo de Transporte	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5 pasajes a 50 soles)	Descripción	Cantidad	Precio	Costo Total
05/10/2010	VIAJE DE HUANUCO A TINGO MARIA	4 HORAS	4	AUTOMOVIL	S/. 100.00	HUANUCO A TINGO MARIA CADA UNO S/.20:00	Pasaje	5	S/. 20.00	100
05/10/2010	VIAJE DE TINGO MARIA A UCHIZA	6 HORAS	6	AUTOMOVIL	S/. 200.00	TINGO MARIA A UCHIZA CADA UNO S/.40.00	Pasaje	5	S/. 40.00	200
06/10/2010	VIAJE DE UCHIZA A OLLAS	7 HORAS	7	CAMIONETA RURAL	S/. 80.00	DE UCHIZA A OLLAS CADA UNO ES S/.16.00	Pasaje	5	S/. 16.00	80
07/10/2010	VIAJE DE OLLAS A SANTA ROSA DE OSO	6 HORAS	6	ASEMILA	S/. 20.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 4.00	20
08/10/2010	SANTA ROSA DE OSO	ATENCION INTEGRAL						5		0
09/10/2010	VIAJE DE S.R. OSO A AJENJO	7 HORAS	7	ASEMILA	S/. 20.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 4.00	20
10/10/2010	AJENJO	ATENCION INTEGRAL						5		0
11/10/2010	VIAJE DE AJENJO A SAN VICENTE	6 HORAS	6	ASEMILA	S/. 15.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 3.00	15
12/10/2010	SAN VICENTE	ATENCION INTEGRAL						5		0
13/10/2010	VIAJE DE SAN VICENTE A LUCMABAMBA	10 HORAS	10	ASEMILA	S/. 25.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 5.00	25
14/10/2010	LUCMABAMBA	ATENCION INTEGRAL						5		0
15/10/2010	VIAJE DE LUCMABAMBA A SAN VICENTE	10 HORAS	10	ASEMILA	S/. 25.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 5.00	25
16/10/2010	VIAJE DE SAN VICENTE A NUEVO PROGRESO	5 HORAS	5	ASEMILA	S/. 15.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 3.00	15
17/10/2010	NUEVO PROGRESO	ATENCION INTEGRAL						5		0
18/10/2010	VIAJE DE NUEVO PROGRESO A SAN JOSE	5 HORAS	5	ASEMILA	S/. 15.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 3.00	15
19/10/2010	SAN JOSE	ATENCION INTEGRAL						5		0
20/10/2010	VIAJE DE SAN JOSE A SAN PEDRO DE CHOLON	6 HORAS	6	ASEMILA	S/. 15.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 3.00	15
21/10/2010	PUESTO SALUD SAN PEDRO DE CHOLON	ENTREGA DE INFORMES						5		0
22/10/2010	VIAJE DE RETORNO DE S.P. CHOLON A OLLAS	18 HORAS	18	ASEMILA	S/. 45.00	PAGO UNICO DE ASEMILA	pago de asèmila	5	S/. 9.00	45
23/10/2010	VIAJE DE OLLAS A UCHIZA	7 HORAS	7	CAMIONETA RURAL	S/. 80.00	DE OLLAS A UCHIZA CADA UNO S/16.00	Pasaje	5	S/. 16.00	80
24/10/2010	VIAJE DE UCHIZA A TINGO MARIA	6 HORAS	6	AUTOMOVIL	S/. 200.00	DE UCHIZA A TINGO MARIA S/.40.00	Pasaje	5	S/. 40.00	200
24/10/2010	VIAJE DE TINGO MARIA A HUANUCO	4 HORAS	4	AUTOMOVIL	S/. 100.00	DE TINGO MARIA A HUANUCO CADA UNO ES S/	Pasaje	5	S/. 20.00	100
SAN PEDRO DE CH	TOTALES		107							955

RUTA: VALLE DEL TAZO CHICO

Fecha	Lugar DE DESTINO	Horas de V	Horas	Medio de Transport	Costo de Transp	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5	Descripción	Precio	Cantidad	Costo Total
DIA 1	HUANUCO A TINGO MARIA	3HR	3	CARRO	90	5 PASAJES A 90 SOLES	PASAJE	18	5	90
	ALMACEN RED LEONCIO PRADO	10MIN	0.2	TAXI	4	2 PASAJES A 2 SOLES CADA UNO	PASAJE	2	2	4
	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	10MIN	0.2	TAXI	6	2 PASAJES A 3 SOLES POR LA CARGA DE C	PASAJE	3	2	6
	VIAJE A CASHAPAMPA	4 hs	4	carro	100	5 PASAJES A 20 SOLES cada uno	PASAJE	20	5	100
	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	10 MIN	0.2	RONDANA	5	POR TRASLADO DE PERSONAL Y EQUIPAJ	PASAJE	1	5	5
DIA 2	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	1 HORA	1	CARRO	25	POR TRASLADO DE PERSONAL Y EQUIPAJ	PASAJE	5	5	25
DIA 2 Y 3	ATENCION INTEGRAL EN SALUD									
DIA 4	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	3 HORAS	3	ASEMILA	25	POR TRASLADO MEDICAMENTOS Y BIOLO	ALQUILER DE ASEN	25	1	25
DIA 4 Y 5	ATENCION INTEGRAL EN SALUD									
DIA 6	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	2 HORAS	2	ASEMILA	15	POR TRASLADO MEDICAMENTOS Y BIOLO	ALQUILER DE ASEN	15	1	15
DIA 6 Y 7	ATENCION INTEGRAL EN SALUD									
DIA 8	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	4 HORAS	4	ASEMILA	25	POR TRASLADO MEDICAMENTOS Y BIOLO	ALQUILER DE ASEN	25	1	25
DIA 8 Y 9	ATENCION INTEGRAL EN SALUD									
DIA 10	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	3 HORAS	3	ASEMILA	20	POR TRASLADO MEDICAMENTOS Y BIOLO	ALQUILER DE ASEN	20	1	20
DIA 10 Y 11	ATENCION INTEGRAL EN SALUD									
DIA 12	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	4 HORAS	4	ASEMILA	25	POR TRASLADO MEDICAMENTOS Y BIOLO	ALQUILER DE ASEN	25	1	25
DIA 12 Y 13	ATENCION INTEGRAL EN SALUD									
DIA 14	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	8 HORAS	8	ASEMILA	50	POR TRASLADO MEDICAMENTOS Y BIOLO	ALQUILER DE ASEN	50	1	50
DIA 15 Y 16	ATENCION INTEGRAL EN SALUD									
DIA 17	TRASLADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLOGIC	2 HORAS	2	ASEMILA	15	POR TRASLADO MEDICAMENTOS Y BIOLO	ALQUILER DE ASEN	15	1	15
DIA 17 Y 18	ATENCION INTEGRAL EN SALUD									
DIA 19 Y 20	CONSOLIDACION DE INFORMACION YRETORNO			CAMINATA						
VALLE DEL TAZO	**TOTALES**		34.5							**405**

RUTA: PATAY RONDOS

Fecha	Lugar	Horas de Viaje	Horas	Medio de Transporte	Costo de Transporte	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5 pasajes a 50 soles)	Descripción	Cantidad	Precio	Costo Total
1	Viaje Huánuco a Patay Rondos	9	9	Carro	35	175	Pasajes	5	35	175
2	Coordinación con el P.S Patay Rondos	6								0
3	Viaje a Huancachaca	10	10	A pie		50	asemila	2	50	100
4	Atención Huancachaca	10								0
5	Traslado a Cutash	3	3	A pie			asemila	2	20	40
6	Atención a Cutash	10								0
7	Retorno a Patay Rondos	9	9	A pie			asemila	2	50	100
8	Entrega de informes Patay Rondos	8								0
9	Traslado a Torrepampa	2	2	Carro			Pasajes	5	10	50
		3	3	A pie			Asemila	2	20	40
10	Atención en Torrepampa	10								0
11	Traslado y atención en Cochahuasi	2	2	A pie			Asemila	1	20	20
		8								0
12	Traslado y atención en Jancahuasi	2	2	A pie						0
		8								0
13	Retorno a Patay Rondos	1	1	Carro	5	5 soles por persona	Carro	5	5	25
		2	2	A pie			Asemila	1	25	25
14	Entrega de informes a Patay Rondos	8								0
15	Viaje a Tantacoto y capillatambo	30 min	0.5	Carro			pasaje	5	5	25
		10	10	A pie			Asemila	2	40	80
16	Atención Capillatambo	10								0
17	Atención Chuscococha	1.5	1.5	A pie						0
		10								0
18	Atención Tunancancha	2	2	A pie			Asemila	2	20	40
		10								0
19	Entrega de informes PS Tantacoto	8								0
		3.5	3.5	A pie			asemila	2	20	40
		1	1	carro			pasaje	5	5	25
20	Retorno de Tantacoto a Huánuco	9	9	Carro	35	175	pasaje	5	35	175
Patay Rondos AISPED VII			**70.5**							**960**

RUTA: TOURNAVISTA HONORIA

Fecha	Lugar	Horas de V	Horas	Medio de Transport	Costo de Transp	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5	Descripción	Cantidad	Precio	Costo Total
05/10/2010	HUANUCO -TINGO MARIA-PUCALLPA	12	12	CARR0	240	5 pasajes a 48 soles	PASAJES	5	48	240
06/10/2010	P.S. ANTIGUA HONORIA	4	4	CARR0	150	5 pasajes a 30 soles	PASAJES	5	30	150
	DOS UNIDOS	4	4	BOTE	300	5 pasajes a 60 soles	PASAJES	5	60	300
						5 GALONES DE GASOLINA	GASOLINA	5	12	60
07/10/10 al	CEDRO PAMPA	1.5	1.5	BOTE	50	5 pasajes a 10 soles	PASAJES	5	10	50
						4 GALONES DE GASOLINA	GASOLINA	4	12	48
10/10/2010	NUEVA ALIANZA	1.5	1.5	BOTE	50	5 pasajes a 10 soles	PASAJES	5	10	50
						4GALONES DE GASOLINA	GASOLINA	4	12	48
11/10/2010	P.S. ANTIGUA HONORIA	1	1	BOTE	50	5 pasajes a 10 soles	PASAJES	5	10	50
						4 GALONES DE GASOLINA	GASOLINA	4	12	48
12/10/2010	C,S TOURNAVISTA	8	8	CARRO	125	5 pasajes a 25 soles	PASAJES	5	25	125
		40 min	0.67	BOTE	25	5 pasajes a 5 soles	PASAJES	5	25	125
		1	1	CARRO	25	5 pasajes a 5 soles	PASAJES	5	25	125
13/10/2010	POPA DE LANCHA	3	3	APIE						0
		2	2	CARRO	50	5 pasajes a 10 soles	PASAJES	5	10	50
14 Y 15/10/2010	HUANGANA HUANUQUEÑO	5	5	APIE						0
		5	5	APIE						0
16/10/2010	C,S TOURNAVISTA	2	2	CARRO	75	5 pasajes a 15 soles	PASAJES	5	15	75
17/10/2010	P.S PROGRESO	5	5	BOTE	90	5 pasajes a 18 Soles	PASAJES	5	18	90
						5 GALONES DE GASOLINA	GASOLINA	5	12	60
15/10/2010	ALIANZA DE BAÑOS	4	4	BOTE	125	5 pasajes a 25 soles	PASAJES	5	25	125
						5 GALONES DE GASOLINA	GASOLINA	5	12	60
19/10/10 Y	SAN JUAN DE MACUYA	4	4	BOTE	125	5 pasajes a 25 soles	PASAJES	5	25	125
						4 GALONES DE GASOLINA	GASOLINA	4	12	48
21/10/2010	P.S PROGRESO	5	5	BOTE	125	5 pasajes a 25 soles	PASAJES	5	25	125
						4 GALONES DE GASOLINA	GASOLINA	4	12	48
	TOURNAVISTA	2	2	BOTE	75	5 pasajes a 15 soles	PASAJES	5	15	75
22/10/2010	PUCALLPA	4	4	CARRO	100	5 pasajes a 20 soles	PASAJES	5	20	100
23/10/2010	RED LEONCIO PRADO	10	10	CARRO	225	5 pasajes a 45 soles	PASAJES	5	45	225
	HUANUCO	3	3	CARRO	90	5 pasajes a 18 soles	PASAJES	5	18	90
Tournavista-Honoria			**87.7**							**2715**

RUTA: SANTA MARTHA-CODO DEL POZUZO

Fecha	Lugar	Horas	Horas de Viaje	Medio de Transporte	Costo de Transporte	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5 pasajes a 50 soles)	Descripción	Cantidad	Precio	Costo Total
05/10/2010	Huanuco - Tingo Maria	3 Horas	3	Carro	S/90	5 Pasajes a 18 soles	Pasajes	5	18	90
06/10/2010	Tingo Maria-Zungaro	8 Horas	8	Carro	S/250	5 Pasajes a 50 soles	Pasajes	5	50	250
07/10/2010	Zungaro-Puerto Nuevo	6 Horas	6	Bote	S/250	5 Pasajes a 50 soles	Pasajes	5	50	250
09/10/2010	Puerto Nuevo-Unipacuyacu	3 Horas	3	Bote	S/ 125	5 Pasajes a 25 Soles	Pasajes	5	25	125
11/10/2010	Unipacuyacu-Nuevo Fronton	1 Hora	1	Bote	S/ 75	5 Pasajes a 15 soles	Pasajes	5	15	75
13/10/2010	Nuevo Fronton - Santa Martha	4 Horas	4	Bote	S/ 200	5 Pasajes a 40 soles	Pasajes	5	40	200
14/10/2010	Santa Martha- Bellavista	3 Horas	3	Bote	S/ 150	5 Pasajes a 30 soles	Pasajes	5	30	150
16/10/2010	Bellavista - Tununga	1 Hora	1	Bote	S/ 200	5 Pasajes a 20 soles	Pasajes	5	20	100
18/10/2010	Tununga - Codo del Pozuzo	5 Horas	5	a pie	S/ 50	Alquiler de asemila	Asemila	1	50	50
19/10/2010	Codo del Pozuzo - San Juan de Codo - San C	3 Horas	3	Carro	S/ 150	5 Pasajes a 30 soles	Pasajes	5	30	150
21/10/2010	San Cristobal - Nueva York	3 Horas	3	a pie	S/ 50	Alquiler de asemila	Asemila	1	50	50
22/10/2010	Nueva York - Zungaro	4 Horas	4	Carro	S/ 150	5 Pasajes a 30 soles	Pasajes	5	30	150
23-24/10/10	Zungaro- Tingo Maria - Huanuco	11 Horas	11	Carro	S/ 340	5 Pasajes a 68 soles	Pasajes	5	68	340
Santa Martha- Codo del Pozuzo			55							**1980**

RUTA: YUYAPICHIS

Fecha	Lugar	Horas de Viaje	Horas	Medio de Transporte	Costo de Transporte	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5 pasajes a 50 soles)	Descripción	Unidad	Cantidad	Costo Total
01/10/2010	HUANUCO -TINGO	3	3	TERRESTRE -AUTO	90	5 PASAJES DE 18 SOLES		18	5	90
01/10/2010	TINGO - KM 86	6	6	ERRESTRE - OMNIBU	150	5 PASAJES DE 30 SOLES		30	5	150
02/10/2010	KM 86 - SUNGARO	4	4	ERRESTRE - CAMIONE	100	5 PASJES DE 20 SOLES		20	5	100
02/10/2010	SUNGARO - YUYAPICHIS	2	2	ERRESTRE - CAMIONE	75	5 PASAJES DE 15 SOLES		15	5	75
03/10/2010	YUYAPIHIS - PANPAS VERDE	20 MIN	0.3	VIA FLUVIAL - BOTE	25	5 PASAJES DE 5 SOLES		5	5	25
04/10/2010	PAMPAS VERDE	5 HORAS	5	TRALADO A PIE	40	ACEMILA	ACEMILA	30	2	60
05,06/10/2010	PAMPAS VERDE	ATENCION								
07/10/2010	NAZARETH	6 HORAS	6	TRASLADO A PIE	60	ACEMILA				
08,09/10/2010	NAZARETH	ATENCION								
10/10/2010	NUEVA PALESTINA	7 HORAS	7	TRASLADO A PIE	60	ACEMILA	ACEMILA	30	2	60
11,12,/10/2010	NUEVA PALESTINA	ATENCION								
13/10/2010	TAHUANTINSUYO	9 HORAS	9	TRASLADO A PIE	80	ACEMILA	ACEMILA	40	2	80
14,15/10/2010	TAHUANTINSUYO	ATENCION								
16/10/2010	PUEBLO LIBRE	12 HORAS	12	TRASLADO A PIE	80	ACEMILA	ACEMILA	40	2	80
17,18/10/2010	PUEBLO LIBRE	ATENCION								
19/10/2010	RETORNO AL P.S YUYAPI	13 HORAS	13	A PIE - VOTE	25	5 PASAJES DE 5 SOLES		5	5	25
20/10/2010	ENTREGA DE INF P.S. YUYAP									
20/10/2010	RETORNO TINGO MARIA.	3	3	TERESTRE	325	5 PASAJES		65	5	325
21/10/2010	TINGO - HUANUCO	3 HORAS	3	TERESTRE	18	5 PASAJES		18	5	90
YUYAPICHIS			73							**1160**

RUTA: ALTO SAN JUAN DE TULUMAYO

Fecha	Lugar	Horas de V	Horas	Medio de Transport	Costo de Transp	Describa el cálculo del costo (Ejemplo 5	Descripción	Cantidad	Precio	Costo Total
02/08/2010	DIRESA A RED DE SALUD LEONCIO PRADO	02 h Y 30 m	2.5	AUTOMOVIL	S/. 1OO.00 N.S	5 PASAJES A 100 SOLES	PASAJES	5	20	100
03/08/2010	RED LEONCIO PRADO A C.S CAYUMBA	40 m	0.7	AUTOMOVIL	S/. 25.00 N.S	5 PASAJES A 25 SOLES	PASAJES	5	5	25
	C.S CAYMBA A TABLIYA	01 H	1	AUTOMOVIL	S/. 50.00 N.S	5 PASAJES A 50 SOLES	PASAJES	5	10	50
	TABLIYA A MONTEVIDEO	02 h Y 30 m	2.5	A PIE						
06/08/2010	DE MONTEVIDEO A MOENAPAMPA	04 h	4	A PIE						
08/08/2010	DE MOENAPAMPA A PUEBLO LIBRE	03 h	3	A PIE						
11/08/2010	PUEBLO LIBRE A PUEBLO UNIDOS	03 h	3	A PIE						
14/08/2010	DE PUEBLOS UNIOS A VILLA CEDROS	02 h Y 30 m	2.5	A PIE						
17/08/2010	DE VILLA CEDROS A PAMPAS NUEVA YORK	02 h	2	A PIE						
19/08/2010	PAMPAS A NUEVA ZELANDIA	01 h	1	A PIE						
20/08/1900	NUEVA ZELANDIA A P.S MANSILLA	07 h	7	A PIE						
21/08/2010	P.S MANSILLA A P.S ALTO SAN JUAN	05 h	5	A PIE						
	P.S ALTO SAN JUAN A RED LEONCIO PRADO	01 h	1	AUTOMOVIL	S/.30.00 N.S	5 PASAJES A 30 SOLES	PASAJES	5	6	30
	RED DE SALUD LEONCIO PRADO A DIRESA H	02 h Y 30 m	2.5	AUTOMOVIL	S/. 1OO.00 N.S	5 PASAJES A 100 SOLES	PASAJES	5	20	100
ALTO SAN JUAN DE TULUMAYO			**37.7**							**305**

PASCO

RUTA: POZUZO I

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
05-Nov-10	Viaje	OXAPAMPA A POZUZO	24	COMBI	PASAJES	5	17	85	BRIGADISTA
06-Nov-10	HOSPEDAJE	POZUZO	12		ALOJAMIENTO	5	15	75	BRIGADISTA
07-Nov-10	Viaje	POZUZO SANTA ROSA	1	COMBI	PASAJES	5	5	25	BRIGADISTA
07-Nov-10	Viaje	SANTA ROSA - CASCAJO	8	A PIE					
08-Nov-10	Atención	CASCAJO	8						
08-Nov-10	HOSPEDAJE	CASCAJO	12		ALOJAMIENTO	5	5	25	BRIGADISTA
09-Nov-10	Viaje	CASCAJO - RIO TGRE	2	A PIE					
	Atención	RIO TIGRE AIS	7						
	HOSPEDAJE	RIO TIGRE	12		ALOJAMIENTO	5	5	25	BRIGADISTA
10-Nov-10	Viaje	RIO TIGRE - SANTA ROSA	8	A PIE					
	Viaje	SANTA ROSA - POZUZO	1	COMBI	PASAJES	5	5	25	BRIGADISTA
	HOSPEDAJE	POZUZO	6		ALOJAMIENTO	5	15	75	BRIGADISTA
11-Nov-10	COORDINACIÓN EN LA MICRO RED	POZUZO							
12-Nov-10	Viaje	POZUZO - PLAYA GRANDE	2	CAMIONETA	PASAJES	5	15	75	BRIGADISTA
	Viaje	PLAYA GRANDE - OSOMAYO	5	A PIE					
13 Y 14/11/20	Atención	AIS OSOMAYO	6						
	HOSPEDAJE				ALOJAMIENTO	5	30	150	BRIGADISTA
15-Nov-10	Viaje	OSO MAYO - SAN MIGUEL	3	A PIE					
	Atención	SAN MIGUEL	8						
16-Nov-10	Viaje	SAN MIGUEL - SAN JOSE	6	A PIE					
	HOSPEDAJE				ALOJAMIENTO	5	3	15	BRIGADISTA
17-Nov-10	Atención	AIS SAN JOSE	8						
	HOSPEDAJE				ALOJAMIENTO	5	3	15	BRIGADISTA
18-Nov-10	Viaje	SAN JOSE - CONCEPCION	3	A PIE					
	Atención	AIS EN CONCEPCION	8						
	HOSPEDAJE				ALOJAMIENTO	5	3	15	BRIGADISTA
19-Nov-10	Viaje	CONCEPCION - SINAI	4	A PIE					
	Atención	AIS SINAI	7						
	HOSPEDAJE				ALOJAMIENTO	5	3	15	BRIGADISTA

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
20-Nov-10	Viaje	SINAI - LIBERTAD	7	A PIE					
21-Nov-10	Atención	AIS LIBERTAD	5						
22-Nov-10	Viaje	LIBERTAD - PUENTE SAN AN	8	A PIE					
	Viaje	SAN ANTONIO POZUZO	2	CAMIONETA	PASAJES	5	15	75	BRIGADISTA
		POZUZO		HOSPEDAJE	ALOJAMIENTO	5	15	75	BRIGADISTA
23-Nov-10	Viaje	POZUZO - CHANCARISO	2	CAMIONETA	PASAJES	5	14	70	BRIGADISTA
			4	A PIE					
	Atención	AIS CHANCARISO	8						
24-Nov-10	Viaje	CHANCARISO - OXAPAMPA	3	COMBI	PASAJES	5	17	85	BRIGADISTA
25, 26 Y 27/1	CONSOLIDADO Y ENTREGA DE IN	POZUZO	72	ALIMENTACION					
	HOSPEDAJE				ALOJAMIENTO	5	45	225	BRIGADISTA
								0	
Costo Total de Traslado								**1150**	

Tiempo de Traslado	89
Tiempo de Atención	65
Tiempo de Otras Actividades	118
Tiempo Total	**272**

RUTA : POZUZO II

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
04-Dic-10	OXAPAMPA	SEDE DE LA RED	24	HOSPEDAJE	CAMA	5	15	75	BRIGADISTA
05-Dic-10	Viaje	OXAPAMPA - POZUZO	24	COMBI	PASAJES	5	17	85	BRIGADISTA
06-Dic-10	HOSPEDAJE		24		ALOJAMIENTO	5	15	75	BRIGADISTA
07-Dic-10	Viaje	POZUZO - VICTORIA	1	COMBI	PASAJES	5	5	25	BRIGADISTA
	Viaje	VICTORIA - ALTO LAGARTO	10	A PIE					
	HOSPEDAJE				ALOJAMIENTO	5	3	15	BRIGADISTA
08-Dic-10	Atención	AIS ALTO LAGARTO	8						
09-Dic-10	Viaje	ALTO LAGARTO - VICTORIA	10	A PIE	ALIMENTAC	5	15	75	BRIGADISTA
	Viaje	VICTORIA - POZUZO	1	COMBI	PASAJES	5	5	25	BRIGADISTA
10-Dic-10	COORDINACIÓN EN MICRO RED	POZUZO	24	HOSPEDAJE	CAMA	5	15	75	BRIGADISTA
11-Dic-10	Viaje	POZUZO - SANTA CRUZ	2	CAMIONETA	PASAJES	5	17	85	BRIGADISTA
			5	A PIE	ALIMENTAC	5	15	75	BRIGADISTA
12-Dic-10	Atención	AIS SANTA CRUZ	8	HOSPEDAJE	CAMA	5		0	NO NOS COBRAN
	HOSPEDAJE								
13-Dic-10	Viaje	SANTA CRUZ MUSHUYUNCA	6	A PIE	ALIMENTAC	5	10	50	BRIGADISTA
	HOSPEDAJE			HOSPEDAJE	CAMA	5		0	NO NOS COBRAN
14-Dic-10	Atención	AIS EN MUSHUYUNCA	8						
15-Dic-10	Viaje	MUSHUYUNCA - SAN JUAN	6	A PIE					
	HOSPEDAJE			HOSPEDAJE	CAMA	5		0	NO NOS COBRAN
16-Dic-10	Atención	AIS EN SAN JUAN	8						
17-Dic-10	Viaje	SAN JUAN - NARANJAL	6	A PIE	ALIMENTAC	5	10	50	BRIGADISTA
	HOSPEDAJE			HOSPEDAJE	CAMA	5		0	NO NOS COBRAN
18-Dic-10	Atención	AIS EN NARANJAL	8						
19-Dic-10	Viaje	NARANJAL - LUCMAPATA	1	A PIE					
20-Dic-10	Atención	AIS LUCMAPATA	8						
	HOSPEDAJE				ALOJAMIENTO				NO NOS COBRAN

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
21-Dic-10	Viaje	LUCMAPATA - PUCAYACU	6	A PIE					
22-Dic-10	Atención	PUCAYACU	8						
23-Dic-10	Viaje	PUCAYACU - BUENA VISTA	6	A PIE	ALIMENTAC	5	10	50	BRIGADISTA
	Viaje	BUENA VISTA - POZUZO	2	CAMIONETA	PASAJES	5	17	85	BRIGADISTA
24,25 Y 26 DIC 20	CONSOLIDADO Y ENTREGA DE INFORMESPOZUZO		72						
	HOSPEDAJE			HOSPEDAJE	ALOJAMIENTO	5	15	75	BRIGADISTA
27-Dic-10	Viaje	POZUZO - OXAPAMPA	3	COMBI	PASAJES	5	17	85	BRIGADISTA
				ALIMENTAC	ALIMENTAC	5	15	75	BRIGADISTA
	HOSPEDAJE			HOSPEDAJE	ALOJAMIENTO	5	15	75	BRIGADISTA
Costo Total de Traslado								**1155**	

Tiempo de Traslado	84
Tiempo de Atención	56
Tiempo de Otras Actividades	149
Tiempo Total	**289**

RUTA: PUERTO BERMUDEZ I-SHIMAKI

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
5	Viaje	DE OXAPAMPA A LA MERCED	3	AUTO	PASAJE	5	17	85	RECURSOS PROPIOS
5	Viaje	LA MERCED A PICHANAKI	4	AUTO	PASAJE	5	15	75	RECURSOS PROPIOS
5 a 6	hospedaje	PICHANAKI	12		ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
7	Viaje	PICHANAKI A NACIENTE	6	CAMIONETA RURAL	PASAJE	5	12	60	RECURSOS PROPIOS
7	Viaje	NACIENTE A SAN LUIS SHIMAKI	4	A PIE (TROCHA)	ALQUILER DE ASEMILA	2	40	80	RECURSOS PROPIOS
8	Atención	CN SAN LUIS	12					0	
9	Viaje	DE SAN LUIS A SAN ROQUE	7	A PIE (TROCHA)	ALQUILER DE ASEMILA	2	40	80	RECURSOS PROPIOS
10	Atención	CPM SAN ROQUE	12					0	
11	Viaje	DE SAN ROQUE A PLATANILLO SHIMAKI	14	A PIE (TROCHA)	ALQUILER DE ASEMILA	2	50	100	RECURSOS PROPIOS
13	Atención	CN PLATANILLO SHIMAKI	12					0	
14	Viaje	DE PLATANILLO A ACOLLA	9	A PIE (TROCHA)				0	
15	Viaje	DE ACOLLA A MIRITIRIANI	5	A PIE (TROCHA)				0	
16	Viaje	DE MIRITIRIANI A CHINCHIHUAQUI	5	A PIE (TROCHA)				0	
16	Viaje	DE CHINCHIHUAQUI A PTO BERMUDEZ	2	AUTO	PASAJE	5	10	50	RECURSOS PROPIOS
17	Entrega de avanc	PTO BERMUDEZ	6		INFORME	5	6	30	RECURSOS PROPIOS
17 -18	Hospedaje	PTO BERMUDEZ			ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
19	Viaje	PTO BERMUDEZ A CN SOLITARIO	9	BOTE motor HP 25	GALON DE GASOLINA	10	13	130	PRESUPUESTO RO
19	Viaje	PTO BERMUDEZ A CN SOLITARIO	9	BOTE motor HP 25	ACEITE 2 TIEMPOS	5	10	50	PRESUPUESTO RO
19	Viaje	PTO BERMUDEZ A CN SOLITARIO	9	BOTE motor HP 25	helice	1	320	320	PRESUPUESTO RO
20	Atención	CN SOLITARIO SHIRARINE	12					0	
21	Viaje	SOLITARIO A C.N.PLAYAPAMPA	4	BOTE motor HP 25	GALON DE GASOLINA	5	13	65	PRESUPUESTO RO
21	Viaje	SOLITARIO A C.N.PLAYAPAMPA	4	BOTE motor HP 25	ACEITE 2 TIEMPOS	1	10	10	PRESUPUESTO RO
21	Atención	CN PLAYAPAMPA	10					0	
22	Viaje	PLAYAPAMPA A CN BETANIA	9	BOTE motor HP 25	GALON DE GASOLINA	10	13	130	PRESUPUESTO RO
22	Viaje	PLAYAPAMPA A CN BETANIA	9	BOTE motor HP 25	ACEITE 2 TIEMPOS	2	10	20	PRESUPUESTO RO
23	Atención	C N BETANIA	12						
24	Viaje	BETANIA A CN BOCA CHIMIARI	4	BOTE motor HP 25	GALON DE GASOLINA	5	13	65	PRESUPUESTO RO
24	Viaje	BETANIA A CN BOCA CHIMIARI	4	BOTE motor HP 25	ACEITE 2 TIEMPOS	1	10	10	PRESUPUESTO RO
25	Atención	C. N. BOCA CHIMIARI (EBENEZER)	12					0	
26	Viaje	BOCA SHIMIARI A PAUJIL	6	BOTE motor HP 25	GALON DE GASOLINA	7	13	91	PRESUPUESTO RO
26	Viaje	BOCA SHIMIARI A PAUJIL	6	BOTE motor HP 25	ACEITE 2 TIEMPOS	2	10	20	PRESUPUESTO RO
26	Viaje	DE PAUJIL A CN NUEVO SAN MARTIN	2					0	
27	Atención	C.N. NUEVO SAN MARTIN	6					0	
27	Viaje	C. N. SAN MARTIN A PAUJIL	2					0	
27	Viaje	DE PAUJIL A PTO BERMUDEZ	3	BOTE motor HP 25	GALON DE GASOLINA	3	13	39	PRESUPUESTO RO
27	Viaje	DE PAUJIL A PTO BERMUDEZ	3	BOTE motor HP 25	ACEITE 2 TIEMPOS	1	10	10	PRESUPUESTO RO
28	Entrega de Inforn	MICRORED PTO BERMUDEZ	6					0	
27 - 28	hospedaje	PTO BERMUDEZ	24		ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
29	Viaje	DE PTO BERMUDEZ A VILLA RICA	8	CAMIONETA RURAL	PASAJE	5	55	275	RECURSOS PROPIOS
29	Viaje	DE VILLA RICA A OXAPAMPA	3	AUTO	PASAJE	5	13	65	RECURSOS PROPIOS
29	hospedaje	OXAPAMPA	24		ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
Costo Total de Traslado								**2360**	

Tiempo de Traslado	153
Tiempo de Atención	88
Tiempo de Otras Actividades	72
Tiempo Total	**313**

RUTA: PUERTO BERMUDEZ II-NEGUACHI

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
06-Oct	Viaje	OXAPAMPA - VILLA RICA	2	CARRO	PASAJE	5	15	75	RECURSOS PROPIOS
06-Oct	**HOSPEDAJE**	VILLA RICA			ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
07-Oct	Viaje	VIAJE VILLA RICA - PUERTO BERMUD	8	AUTO	PASAJE	5	65	325	RECURSOS PROPIOS
07-Oct	**HOSPEDAJE**	PUERTO BERMUDEZ			ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
08-Oct	**TRASLADO DE MEDICAMENTOS ,MOTOR,VIVERES Y COMBUS**	PUERTO BERMUDEZ		MOTOTAXI	PASAJE	3	3	9	RECURSOS PROPIOS
07-Oct	**GUARDIANIA DE BOTE**	PUERTO				3	4	12	RECURSOS PROPIOS
08-Oct	Viaje	PUERTO BERMUDEZ - ALTO LORETO	7	BOTE	COMBUSTIBLE	25 GALONES	13	325	RED DE SALUD OXAPAMPA
08-Oct	**CONTRATO DE PERSONAL PARA CARGA DE MEDICAMENTOS**	ALTO LORETO A LA PAZ		A PIE	JORNAL	6	30	180	RECURSOS PROPIOS
09-Oct	Atención	CCNN ALTO LORETO	12						
	Viaje		4						
11-Oct	Atención	CCNN SAN ALEJANDRO	12						
	Viaje		4						
13-Oct	Atención	CCNN LA PAZ DE PUCHARINI	12						
	Viaje		4						
14-Oct	**CONTRATO DE PERSONAL PARA CARGA DE MEDICAMENTOS**	UNION CAMISEA Y SAN ANTONIO		A PIE	JORNAL	6	30	180	RECURSOS PROPIOS
15-Oct	Viaje	SAN ANTONIO - UNION	3	BOTE	COMBUSTIBLE	6 GALONES	13	78	RED DE SALUD OXAPAMPA
17-Oct	Atención	CCNN CAMISEA	12						
19-Oct	Atención	CCNN SAN ANTONIO	12						
20-Oct	Viaje	SAN ANTONIO PUERTO BERMUDEZ	5	BOTE	COMBUSTIBLE	19	13	247	RED DE SALUD OXAPAMPA
20-Oct	**HOSPEDAJE**	PUERTO BERMUDEZ				5	25	125	RECURSOS PROPIOS
20-Oct	**GUARDIANIA DE BOTE Y MOTOR**	PUERTO				1	4	4	RECURSOS PROPIOS
21-Oct	**TRASLADO DE MEDICAMENTOS ,VIVERES Y COMBUSTIBLE**	PUERTO	0	MOTOTAXI	PASAJE	1	3	3	RECURSOS PROPIOS
21-Oct	Viaje	PUERTO BERMUDEZ - SAN JUAN	7	BOTE	COMBUSTIBLE	13 GALONES	13	325	RED DE SALUD OXAPAMPA
22-Oct	**CONTRATO DE PERSONAL PARA CARGA DE MEDICAMENTOS**	SAN JUAN, FLORIDA, QUIMPICHARI		A PIE	JORNAL	5	30	150	RECURSOS PROPIOS
23-Oct	Atención	CCNN QUIMPICHARI	16						
24-Oct	Viaje	SAN JUAN - PUERTO BERMUDEZ	7	BOTE	COMBUSTIBLE	12	13	156	RED DE SALUD OXAPAMPA
24-Oct	**GUARDIANIA DE BOTE**	PUERTO				1	4	4	RECURSOS PROPIOS
24-Oct	**HOSPEDAJE**	PUERTO BERMUDEZ				5	25	75	RECURSOS PROPIOS
25-Oct	**ELABORACION DE INFORME MENSUAL**	PUERTO BERMUDEZ	72			4	15	60	RECURSOS PROPIOS
26-Oct	Viaje	PTO BERMUDEZ - VILLA RICA	8	AUTO	PASAJE	5	65	325	RECURSOS PROPIOS
26-Oct	Viaje	VILLA RICA - OXAPAMPA	2	AUTO	PASAJE	5	15	75	RECURSOS PROPIOS
26-Oct	**HOSPEDAJE**	OXAPAMPA				5	25	75	RECURSOS PROPIOS
	OTRO GASTOS (FORMATS, ETC)	OXAPAMPA-PTO. BERMUDEZ				5	10	50	RECURSOS PROPIOS
								0	
								0	
Costo Total de Traslado								**3108**	

Tiempo de Traslado	60
Tiempo de Atención	76
Tiempo de Otras Actividades	72.4
Tiempo Total	**208.4**

RUTA: CIUDAD CONSTITUCIÓN

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
03/10/2010	REUNION PRE INTERVENCION	RED OXAPAMPA	12	CAMIONETA 4X4, AUTO	PASAJES	5	77	385	RECURSOS PROPIOS
03/10/2010	PERNOCTAR	OXAPAMPA - LA MERCED	8		ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
04/10/2010	Viaje	LA MERCED - C. CONSTITUCION	12	CAMIONETA 4X4, AUTO	PASAJES	5	77	385	RECURSOS PROPIOS
05/10/2010	COORDINACION EN LA MICRO RED	C.CONSTITUCION	8		ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
06/10/2010	Viaje	C. CONSTITUCION ALTO LORENCILLO	4	MOTOTAXI, APIE	GASOLINA	8	13.5	108	RED OXAPAMPA
06/10/2010	Atención	ALTO LORENCILLO II	8						
07/10/2010	Viaje	ALTO LORENCILLO - C.CONSTITUCIO	4	MOTOTAXI, APIE	GASOLINA	8	13.5	108	RED OXAPAMPA
07/10/2010	Viaje	C. CONSTITUCION - ORELLANA	3	BOTE (FUERA DE BORDA)	GASOLINA	5	13.5	67.5	RED OXAPAMPA
07/10/2010	PERNOCTAR	ORELLANA	8		ALOJAMIENTO	5	7	35	RED OXAPAMPA
08/10/2010	Viaje	ORELLANA - CHINCHIHUANI	8	A PIE				0	
09/10/2010	Atención	CHINCHIHUANI	10					0	
10/10/2010	Viaje	CHINCHIHUANI - CIUDAD CONSTITUC	11	A PIE, BOTE(FUERA DE BORDA	GASOLINA	10	13.5	135	RED OXAPAMPA
11/10/2010	Viaje	C. CONSTITUCION - UNIDAD YANESH	3	MOTOTAXI, APIE	GASOLINA	2	13.5	27	RED OXAPAMPA
11/10/2010	Atención	UNIDAD YANESHA	6						
11/10/2010	Viaje	UNIDAD YANESHA - CIUDAD CONSTIT	3	MOTOTAXI, APIE	GASOLINA	2	13.5		RED OXAPAMPA
12/10/2010	Viaje	C. CONSTITUCION - PUERTO DAVIS	12	BOTE(FUERA DE BORDA)	GASOLINA	25	13.5	337.5	RED OXAPAMPA
13/10/2010	Atención	PUERTO DAVIS	8					0	
13/10/2010	Viaje	PTO DAVIS - PUERTOBELEN	2	BOTE(FUERA DE BORDA)	GASOLINA	4	13.5	54	RED OXAPAMPA
14/10/2010	Atención	PUERTO BELEN	8					0	
15/10/2010	Viaje	PTO BELEN - PUERTO LETICIA	4	BOTE(FUERA DE BORDA)	GASOLINA	8	13.5	108	RED OXAPAMPA
15/10/2010	Atención	PUERTO LETICIA	8						
16/10/2010	Viaje	PTO LETICIA - CIUDAD CONSTITUCIO	6	BOTE(FUERA DE BORDA)		9	13.5	121.5	RED OXAPAMPA
17/10/2010	Viaje	C. CONSTITUCION - NVO AIRES-SACH	7	BOTE(FUERA DE BORDA), A PI	GASOLINA	9	13.5	121.5	RED OXAPAMPA
18/10/2010	Atención	NVO AIRES-SACHAVACAY	8	BOTE(FUERA DE BORDA)					
19/10/2010	Viaje	SACHAVACAY - ALTO PUEBLO LIBRE	3	BOTE(FUERA DE BORDA), A PI	GASOLINA	3	13.5	40.5	RED OXAPAMPA
19/10/2010	Atención	ALTO PUEBLO LIBRE	8					0	
20/10/2010	Viaje	PUEBLO LIBRE - CIUDAD CONSTITUC	3	BOTE(FUERA DE BORDA), A PI	GASOLINA	3	13.5	40.5	RED OXAPAMPA
20/10/2010	Viaje	C. CONSTITUCION - NUEVA ESPERAN	6	BOTE(PEQUE), MOTOTAXI	GASOLINA	6	13.5	81	RED OXAPAMPA
21/10/2010	Atención	NUEVA ESPERANZA	8					0	
21/10/2010	Viaje	NVA ESPERANZA - NUEVO ANTONIO	1	BOTE(PEQUE)	GASOLINA	2	13.5	27	RED OXAPAMPA
22/10/2010	Atención	NUEVO ANTONIO	8					0	
22/10/2010	Viaje	NVO ANTONIO - CIUDAD CONSTITUCI	3	BOTE(PEQUE)	GASOLINA	6	13.5	81	RED OXAPAMPA
22/10/2010	ENTREGA DE INFORMES SIS, HIS, PROGRAMAS	CIUDAD CONSTITUCION	8					0	
23/10/2010	Viaje	OXAPAMPA	12	CAMIONETA 4X4, AUTO	PASAJES	5	77	385	RECURSOS PROPIOS
23/10/2010	PERNOCTAR	OXAPAMPA	8		ALOJAMIENTO	5	25	125	RECURSOS PROPIOS
24/10/2010	REUNION POS INTERVENCION	OXAPAMPA	8					0	
						120		0	
Costo Total de Traslado								**3023**	

Tiempo de Traslado		107
Tiempo de Atención		80
Tiempo de Otras Actividades		60
Tiempo Total		**247**

RUTA: PALCAZU

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
06/10/2010	**Coordinacion**	**Oxapampa**	**6**						
07/10/2010	Viaje	Oxapampa - Iscozacin	9	Carro	Pasaje	5	75	375	BRIGADISTAS
08/10/2010	Coordinacion	iSCOZACIN	10					0	
09/10/2010	Viaje	Iscozacin - pampacocha	2	Carro	gasolina	8	14.5	116	RED OXAPAMPA
09/10/2010	Viaje	Pampacocha - san Juan de Chemelleñ	4	Pie				0	
09/10/2010	Atención	San Juan de Chemelleñ	8					0	
10/10/2010	Viaje	San Juan de Chemelleñ - Nueva Esperanza	4	Pie				0	
10/10/2010	Atención	Nueva Esperanza	8					0	
11/10/2010	Viaje	Nueva Esperanza - Pampacocha	8	Pie				0	
11/10/2010	Viaje	Pampacocha - Iscozacin	2	Carro	gasolina	8	14.5	116	RED OXAPAMPA
12/10/2010	Viaje	iscozacin - San Jose	3	carro	gasolina	10	14.5	145	RED OXAPAMPA
12/10/2010	Viaje	San Jose - Santa Rosa de Lagarto	5	Pie				0	
12/10/2010	Transporte de materiales	San Jose - Santa Rosa de Lagarto	5	acemila	alquiler	1	30	30	BRIGADISTAS
13/10/2010	Atención	Santa Rosa de lagarto	8					0	
14/10/2010	Viaje	Santa Rosa de lagarto - Pueblo Libre	2	Pie				0	
14/10/2010	Atención	Pueblo Libre	8					0	
14/10/2010	Transporte de Cadena de Frio	Masuhuazu - Alto Ishpihuacazu	5	cadena de Frio	jornal	1	30	30	BRIGADISTAS
15/10/2010	Viaje	Pueblo Libre - Alto Ishpihuacazu	3	Pie				0	
15/10/2010	Atención	Alto Ishpihuacazu	8					0	
16/10/2010	Viaje	Alto Ishpihuacazu - Mazuhuazu	5	Pie				0	
16/10/2010	Viaje	Mazuhuasu - iscozacin	3	carro	gasolina	10	14.5	145	RED OXAPAMPA
17/10/2010	Viaje	Iscozacin - San Juan de Chuchurras	4	Bote	gasolina	10	14.5	145	RED OXAPAMPA
17/10/2010	Atención	San Juan de Chuchurras	8					0	
18/10/2010	Viaje	san juan de Chuchurras - Pto Bendelin Egg.	2	bote	gasolina	5	14.5	72.5	RED OXAPAMPA
18/10/2010	Viaje	Pto Bendelin Egg - Quebrada Honda	2	pie				0	
18/10/2010	Atención	Quebrada Honda	8					0	
18/10/2010	Transporte de Cadena de Frio	Pto Bendelin Egg		cadena de Frio	jornal	1	30	30	BRIGADISTAS
19/10/2010	Viaje	Quebrada Honda - Isla de Patmos	4	Bote	gasolina	10	14.5	145	RED OXAPAMPA
19/10/2010	Atención	Isla de Patmos	8					0	
20/10/2010	Viaje	Isla de Patmos - Pto Prusia	4	Bote	gasolina	10	14.5	145	RED OXAPAMPA
20/10/2010	Atención	Pto Prusia	8					0	
21/10/2010	Viaje	Pto Prusia - Pto Encanto	4	Bote	gasolina	10	14.5	145	RED OXAPAMPA
21/10/2010	Atención	Pto Encanto	8					0	
21/10/2010	Viaje	Pto Encanto - Pto. Mayro	2	bote	gasolina	5	14.5	72.5	RED OXAPAMPA

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
22/10/2010	Viaje	Pto. Mayro - Rio Negro	30 min.	Carro	Pasaje	5	5	25	RED OXAPAMPA
22/10/2010	Viaje	Rio Negro - Santa Teresa	1.5	Pie				0	
22/10/2010	Atención	Santa Teresa	8					0	
23/10/2010	Viaje	Santa teresa - Rio Negro	1.5	Pie				0	
23/10/2010	Viaje	Rio Negro - Centro Café (Comuñiz)	4.5	Pie				0	
23/10/2010	Atención	Centro Café (Comuñiz)	7					0	
24/10/2010	Viaje	Centro Café (Comuñiz) - Centro Oroya	4	Pie				0	
24/10/2010	Viaje	Centro Oroya - Iscozacin	2	Carro	gasolina	5	14.5	72.5	RED OXAPAMPA
25/10/2010	Informes	Iscozacin	8					0	
26/10/2010	Entrega de Informe	Iscozacin	8						
27/10/2010	Viaje	Iscozacin - Oxapampa	9	carro	Pasaje	5	75	375	BRIGADISTAS
28/10/2010	Coordinacion	OXAPAMPA	8					0	
Costo Total de Traslado								**2184.5**	

Tiempo de Traslado		94.5
Tiempo de Atención		95
Tiempo de Otras Actividades		44
		233.5
Costo Total de Traslado		2184.5

MADRE DE DIOS

RUTA: MALINOSKY

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
10/11/2010	COORDINACION	PTO MALDONADO	2						
11/11/2010	TRASLADO	PTO MALDONADO- MAZUCO	4	TERRESTRE	PASAJE	5	25	125	BRIGADA
12/11/2010	COORDINACION	MAZUKO	2						
12/11/2010	TRASLADO	MAZUKO- MALINOSKY	7	TERRESTRE FLUVIAL	PASAJE	4	50	200	BRIGADA
13,14/11/2010	AIS	A-8	16						
15/11/2010	TRASLADO	A-8----AZUL	2	FLUVIAL	PASAJE	5	20	100	BRIGADA
15/11/2010	COORDINACION DE AIS	AZUL							
15 , 16 /11/2010	AIS	AZUL	8						
16 /11/2010	TRASLADO	AZUL--- A-4	6	FLUVIAL Y A PIE	PASAJE	5	20	100	BRIGADA
17, 18/11/10	AIS	A-4	16						
19/11/2010	TRASLADO	A-4----- ALTO MALINOSKY	4	FLUVIAL Y APIE	PASAJE	5	20	100	BRIGADA
20,21/11/2010	AIS	ALTO MALINOSKY	16						
22/11/2010	INFORMES (M) TRASLADO (T)	ALTO MALINOSKY--- MANUANI	4	TERRESTRE	PASAJE	5	30	150	BRIGADA
23,24,25/11/2010	AIS	MANUANI	24						
26/11/2010	TRASLADO	MANUANI-- LAMALITO	5	TERRESTRE 8MOTO)	PASAJE	5	20	100	BRIGADA
27,28/11/2010	AIS	LAMALITO	16						
29/11/2010	TRASLADO	LAMALITO- MAZUKO	10	TERRESTRE Y A PIE	PASAJE	5	45	225	BRIGADA
01/12/2010	ENTREGA DE INFORMES Y TRASLADO	MAZUKO--- PUERTO MALDONADO	4	TERRESTRE	PASAJE	5	25	125	BRIGADA
RUTA MALINOSKI	Costo Total de Traslado							**1225**	

Tiempo de Traslado	26
Tiempo de Atención	96
Tiempo de Otras Actividades	24
Tiempo Total	**146**

RUTA: TAHUAMANU

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total
1	TRASLADO	PTO. MALDONADO A HOSPITAL IBERIA	2	TERRESTRE	PASAJE	6	25	150
2	COORDINACION	IBERIA	1					
02/01/1900	TRASLADO	IBERIA A SHIRINGAYOC	2	TERRESTRE	PASAJE	5	30	150
3	AIS	SHIRINGAYOC	8					0
04/01/1900	TRASLADO_AIS	SHIRINGAYOC A SANTA MARIA	0.5	TERRESTRE	PASAJE	5	7	35
05/01/1900	TRASLADO	SANT. MARIA SAN PEDRO	1	TERRESTRE	PASAJE	6	20	120
06/01/1900	AIS	SAN PEDRO	8					0
07/01/1900	TRASLADO	SAN PEDRO A SAN LORENSO	0.5	TERRESTRE	PASAJE	5	5	25
08/01/1900	AIS	SAN LORENSO	8					0
9	TRASLADO	SAN LORENSO A IBERIA	1	TERRESTRE	PASAJE	5	8	40
10/01/1900	INFORME Y COORDINACIÓN	IBERIA	6					0
11	TRASLADO	IBERIA A IÑAPARI	1	TERRESTRE	PASAJE	5	10	50
12, 13, 14	AIS	IÑAPARI	24					0
15	TRASLADO	IÑAPARI A BELGICA	1.5	TERRESTRE	PASAJE	5	15	75
16/01/1900	AIS	BELGICA	8					0
17/01/1900	TRASLADO_AIS	BELGICA A FLOR DE ACRE	2	TERRESTRE	PASAJE	5	20	100
18,19	AIS	FLOR DE ACRE	16					
20/01/1900	TRASLADO	FLOR DE ACRE A IBERIA	1	TERRESTRE	PASAJE		10	0
21	ENTREGA DE INFORME	MCR IBERIA						0
21	TRASLADO	IBERIA A PTO MALDONADO	3	TERRESTRE	PASAJE		25	0
RUTA TAHUAMAN	COSTO DE TRASLADO							**745**

Tiempo de Traslado	13.5
Tiempo de Atención	74
Tiempo de Otras Actividades	7
Tiempo Total	**94.5**

RUTA: MANU

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total
11	TRASLADO	PTO MALDONADO- COLORADO			PASAJE	6	60	360
12, 13/09/2010	TRASLADO	COLORADO- BOCA MANU	24	FLUVIAL	GALONES	45	9	405
14/09/2010	COORDINACION	BOCA MANU	2					
14/09/2010	TRANSPORTE	BOCA MANU						
15,16 , 17/09/2010	AIS	BOCA MANU	24					
18, 19/09/2010	TRASLADO	BOCA MANU- ITAHUANIA- MAMAJAPA	16	FLUVIAL Y A PIE	GALONES	30	9	270
20/09/2010	AIS	MAMAJAPA	8					
21/09/2010	TRASLADO	MAMAJAPA- ITAHUANIA- NUEVO EDEN	8	FLUVIAL Y APIE	GALONES	20	9	180
22, 23/09/2010	AIS	NUEVO EDEN	16					
23/09/2010	COORDINACION	NUEVO EDEN	2					
24/09/2010	TRASLADO	NUEVO EDEN- SANTA CRUZ- PALOTOA TEPARO	12	FLUVIAL	GALONES	40	9	360
25/09/2010	AIS	PALOTOA TEPARO	8					
26/09/2010	TRASLADO	PALOTOA TEPARO- SHIPETIARI	14	FLUVIAL Y A PIE	GALONES	20	9	180
27/09/2010	AIS	SHIPETIARI	8					
28/09/2010	TRASLADO	SHIPETIARI- DIAMANTE	6	A PIE Y FLUVIAL	GALONES	25	9	225
29,30/09/2010	AIS	DIAMANTE	8					
31/09/2010	TRASLADO	DIAMANTE A BOCA MANU	1	FLUVIAL	GALONES	10	9	90
	TRASLADO	BOCA MANU-PTO MALDONADO						
RUTA MANU	**Costo Total de Traslado**							**1710**
Tiempo de Traslado			80					
Tiempo de Atención			72					
Tiempo de Otras Actividades			5					
Tiempo Total			**157**					

RUTA:HUEPETUHE

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (H	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
1	traslado	pto.m- huep.	5	terrestre- fluvial	pasaje	5	50	250	brigada aisped
2	traslado	huep-setapo	1	terrestre	pasaje	5	15	75	brigada aisped
2	ais	setapo	8	terrestre				0	
3	traslado	setapo bamberme	2	terrestre(a pie)				0	
3	ais	bamberme	8	terrestre				0	
4	traslado	setapo- choque	1	terrestre	pasaje	5	10	50	brigada aisped
4	ais	choque	8	terrestre				0	
5	ais	choque	8	terrestre				0	
6	ais	choque	8	terrestre				0	
7	traslado	choque- alto pukiri	1	terretre	pasaje	5	10	50	brigada aisped
7	ais	alto pukiri	8	terrestre				0	
8	ais	alto pukiri	8	terrestre				0	
9	ais	alto pukiri	8	terrestre				0	
10	traslado	alto puk- quebrada nueva	2	terrestre	pasaje	5	20	100	brigada aisped
10	ais	quebrada nueva	8	terrestre				0	
11	ais	quebrada nueva	8	terrestre				0	
12	ais	quebrada nueva	8	terrestre				0	
13	traslado	quebrada- caychihue	2	terrestre	pasaje	5	12	60	brigada aisped
13	ais	caychihue	8	terrestre				0	
14	ais	caychihue	8	terrestre				0	
15	ais	caychihue	8	terrestre				0	
16	traslado	caychihue-pto pukiri	0.5	terrestre	pasaje	5	~~5~~	25	brigada aisped
16	ais	pto pukiri	8	terrestre				0	
17	ais	pto pukiri	8	terrestre				0	
18	ais	pto pukiri	8	terrestre				0	
19	traslado	pto pukiri-kimiri	0.5	terrestre	pasaje	5	6	30	brigada aisped
19	ais	kimiri	8	terrestre				0	
20	ais	kimiri	8	terrestre				0	
20	traslado	kimiri-huepetuhe	2	terrestre	pasaje	5	10	50	brigada aisped
21	entrega de informes	huepetuhe	8	terrestre				0	
21	traslado	huepetuhe-pto.m	5	terrestre	pasaje	5	50	250	brigada aisped
RUTA	**Costo Total de Traslado**							**940**	

Tiempo de Traslado		52.4		
Tiempo de Atención		121.6	20% de caminata	salen a las campamentos mineros y regresan a punto base
Tiempo de Otras Actividades		8		
Tiempo Total		**182**		

RUTA: ALTO LIBERTAD

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total
1	Recojo insumos	diremid	5					
1	Traslado	Diresa_PS AltoLbertad	2	carro	psje	5	15	75
	Traslado	traslado combustible,medicamentos y		carro	psje	1	30	30
	coordinación e itinerario de	PS alto Libertad	3					
2	Traslado	A. L. a Km. 108	0.3	moto	psje	5	10	50
		transporte de medicamentos y cadena de frio		moto	psje	5	10	50
2	Intervención	km 108	8					
3	Intervención	km 108	8					
4	Intervención	km 108	8					
5	Traslado	del km 108 alkm110	0.5	a pie				
5	Intervención	Km. 110	7	a pie				
6	Intervención	Km. 110	7	a pie				
7	Traslado	Km 110 a Mega 11	0.5					
7	Intervención	mega 11	7	a pie				
8	Intervención	mega 11	7	a pie				
9	Intervención	mega 11	7	a pie				
10	Traslado	mega 11 a Lamal	0.7	moto	psje	5	20	
10		transporte de medicamentos y cadena de frio	0.7	moto	psje	1	20	
10	Intervención	Lamal	7	a pie				0
11	Intervención	Lamal	7	a pie				20
12	Intervención	Lamal	7	a pie	psje			20
13	Traslado	Lamal a Nueva arequipa	0.5	moto	psje	5	15	75
		transporte de medicamentos y cadena de frio		moto	psje	1	15	15
13	Intervención	Nueva Arequipa	7	a pie				0
14	Intervención	Nueva Arequipa	7	a pie				
15	Intervención	Nueva Arequipa	7	a pie				

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total
16	Traslado	N Arequipa a Km 102	0.4	moto	psje	5	15	
		transporte de medicamentos y cadena de frio		moto	psje	1	15	15
16	Intervención	km 102	7	a pie				0
17	Intervención	km 102	7	a pie				
18	Traslado	del km 102 al Km 98	0.2	moto	psje	5	5	
		transporte de medicamentos y cadena de frio	0.2	moto	psje	1	5	5
18	Intervención	al Km 98	7					
19	Intervención	al Km 98	7					
20	Traslado	km 98 a PS Alto Libertad	0.2	moto	psje	5	4	
20	cierre de informes	P. S Alto Libertad						0
21	entrega de informes	alto libertad						0
21	Traslado	A Lib a Puerto Maldonado	2	carro	psje	5		0
RUTA	**Costo Total de Traslado**							**355**

Tiempo de Traslado		7
Tiempo de Atención		129
Tiempo de Otras Actividades		9
Tiempo Total		**145**

RUTA: BAJO PUQUIRI

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
1	Recojo de med., insumos y	DIREMID	8	MOTOCAR	PASAJE	4	5	20	BRIGADISTA
1	Traslado	PTO. MALD-PTO. CARLOS	2.5	CARRO	PASAJE	5	30	150	DIRESA
		PTO.CARLOS-PUNKIRI CHICO	0.3	BOTE	PASAJE	5	10	50	DIRESA
		PUNKIRI CHICO - DELTA I	2	CARRO	PASAJE	5	30	150	DIRESA
2	REUNION COORDINACIO	PUESTO DE SALUD	1						
3	Traslado	DELTA 1- CUMBRE PTO.LUZ	8	A PIE					
		TRASLADO DE RCW (cadena de frio)	0.5	MOTO	GALON	5	7	35	DIRESA
4	Intervención	C.N. PTO LUZ	10					0	
5	Intervención	C.N. PTO LUZ	10					0	
		CAMBIO DE CONGELANTES PARA CADENA DE FRIO	1	MOTO	GALON	6	7	42	DIRESA
6	Intervención	C.N. PTO LUZ	10						
7	Traslado y AIS	PTO. LUZ- CUMBRE LA CHOZA	3	A PIE					
		CAMBIO DE CONGELANTES PARA CADENA DE FRIO	1	MOTO	GALON	5	7	35	DIRESA
8	Intervención	CUMBRE LA CHOZA	8	A PIE					
9	Intervención	CUMBRE SAN JOSE DE KARENE	12	A PIE					
		CAMBIO DE CONGELANTES PARA CADENA DE FRIO	1	MOTO	GALON	5	7	35	DIRESA
10	Intervención	CUMBRE SAN JOSE KARENE	8	A PIE					
11	Intervención	CUMBRE SAN JOSE KARENE	12	A PIE					
		CAMBIO DE CONGELANTES PARA CADENA DE FRIO	0.5	MOTO	GALON	5	7	35	DIRESA
12	Intervención	CUMBRE SAN JOSE KARENE	8	A PIE					
13	Traslado y AIS	CUMBRE SJK-CUMBRE DELTAII	8	A PIE					
14	Intervención	CUMBRE DELTA II	8	A PIE					
		CAMBIO DE CONGELANTES PARA CADENA DE FRIO	0.5	MOTO	GALON	4	7	28	DIRESA
15	Intervención	CUMBRE DELTA II							DIRESA
16	Intervención	CUMBRE DELTA II	8	A PIE					DIRESA
		CAMBIO DE CONGELANTES PARA CADENA DE FRIO	1	MOTO	GALON	4	7	28	
16	Intervención	CUMBRE DELTA II	8	A PIE					DIRESA
17	Intervención	CUMBRE DELTA II	8	A PIE					
		CAMBIO DE CONGELANTES PARA CADENA DE FRIO	1	MOTO	GALON	4	7	28	DIRESA
18	Intervención	CUMBRE DELTA II	8	A PIE					
19	Traslado y AIS	DELTA II - DELTA I	6	A PIE					

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
20	ELABORACION DE INFOR	DELTA I	12						
21	MAÑANA/ ENTREGA DE I	DELTA I	6						
	Traslado	DELTA I -PUNKIRI CHICO	2	CARRO	PASAJE	5	25	125	DIRESA
	Traslado	PUNKIRI CHICO -PTO CARLOS	0.5	BOTE	PASAJE	5	5	25	DIRESA
	Traslado	PTO CARLOS- PTO. MALDONADO	2.5	CARRO	PASAJE	5	25	125	DIRESA
RUTA	**Costo Total de Traslado**							**911**	

Tiempo de Traslado	25.7	
Tiempo de Atención	124.8	
Tiempo de Otras Actividades	36	
Tiempo Total	**186**	

Traslac	VAN INTERVINIENDO Y SE DESPLAZAN	60%	por desplazamiento
	LA RUTA DE INTERVENCION SE REALIZA SEGÚN LAS NECESIDADES DEL ESTABLECIMIENTO		

RUTA: LAS PIEDRAS

Fecha	Actividad	Lugar	Tiempo (Horas)	Medio de Transporte	Unidad	Cantidad	Precio	Costo Total	Fuente de Financiamiento
1	Recojo de med., insumos y biologicos.	DIREMID	8	MOTOCAR	PASAJE	4	5	20	BRIGADISTA
2	TRASLADO	PTO. MALDONADO -PTO. ARTURO	2	CARRO	PASAJE	5	10	50	DIRESA
	TRASLADO	PTO. ARTURO- ALBERGUE SOLEDAD	10	FLUVIAL	GALON	60	8.1	486	DIRESA
3	TRASLADO	ALBERGUE SOLEDAD- MONTE SALVADO	11	FLUVIAL	GALON	66	8.1	534.6	DIRESA
4	COORDINACION	MONTE SALVADO	2						
	AIS		7						
5	AIS	MONTE SALVADO	8						
6	TRASLADO	MONTE SALVADO- PTO. NUEVO	1	FLUVIAL	GALON	6	8.1	48.6	
	AIS	PTO. NUEVO	6						
7	TRASLADO	PTO. NUEVO- PTO LUCERNA	8	FLUVIAL	GALON	48	8.1	388.8	
8	TRASLADO	PTO.LUCERNA- LUCERNA	7	A PIE					
9	AIS	LUCERNA	8						
10	TRASLADO Y AIS	LUCERNA -LORETO	10	A PIE					
11	TRASLADO	LORETO- VARSOVIA	10	A PIE					
12	AIS	VARSOVIA	8						
13	TRASLADO	VARSOVIA- PTO. TIPISHCA	8	A PIE					
		PTO. TIPISHCA-C.N. TIPISHCA	1	FLUVIAL	GALON	6	8.1	48.6	
14	AIS	C.N. TIPISHCA	9						
15	TRASLADO	TIPISHCA- SABALUYOC	11	FLUVIAL	GALON	66	8.1	534.6	
16	AIS	SABALUYOC	9						
17	TRASLADO	SABALUYOC- BOCA PARIAMRCA	1	FLUVIAL	GALON	6	8.1	48.6	
	AIS	BOCA PARIAMARCA	8						
18	TRASLADO	BOCA PARIAMARCA- STA TERESITA	1	FLUVIAL	GALON	6	8.1	48.6	
	AIS	STA TERESITA	8						
19	AIS	STA TERESITA	5						
	TRASLADO	STA. TERESITA- TRIUNFO	2	FLUVIAL	GALON	12	8.1	97.2	
	TRASLADO	TRIUNFO- PLANCHON	0.5	CARRO	PASAJE				
20	ELABORACION DE INFORMES	PLANCHON	8						
21	TRASLADO	PLANCHON-PTO MALDONADO	0.5	CARRO	PASAJE				
RUTA	**Costo Total de Traslado**							**2305.6**	

* TIEMPO DE TRASLADO DEPENDE DE LA EMBARCACION QUE SE USE : ESTE PRESUPUESTO
SE HIZO EN BASE A LA EMBARCACION FUERA DE BORDA YA QUE EN PEQUE PEQUE SERIA EL DOBLE DEL TIEMPO

Tiempo de Traslado	79
Tiempo de Atención	80
Tiempo de Otras Actividades	19
Tiempo Total	**178**

Annex No. 10: SIGA Asset Training Participants per Final EU

ANNEX 10

El costo – efectividad de la Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED)

Giovann Alarcón

21 de Enero de 2011

Índice

El indicador de costo – efectividad 5
El Ratio de Costo – Efectividad Incremental 5
Análisis de costos 7
Análisis de costo – efectividad 7
Análisis de costo – beneficio 8
Análisis costo – utilidad 9
La efectividad agregada de la AISPED 10
Paso 1: Cálculo de la información poblacional 12
Paso 2: Incidencia, pesos de las discapacidades y la efectividad de las intervenciones 17
Paso 3: Cálculo de los AVISA 29
Los costos de la estrategia AISPED 40
Los costos de operación 40
Ahorro de costos 45
Costos de AISPED 46
Estimación del indicador costo – efectividad 47
Limitaciones 47
Conclusiones 49
Bibliografía 50
Referencias electrónicas 51

Índice de cuadros

Cuadro 1: Población atendida por AISPED y edad promedio por etapa de vida 13
Cuadro 2: Estimación de la esperanza de vida para zonas rurales y población femenina 15
Cuadro 3: Esperanza de vida al nacer y porcentaje de población rural y femenina, Perú 2008 15
Cuadro 4: Esperanza de vida al nacer de cada grupo poblacional 17
Cuadro 5: Intervenciones a realizarse por grupo de edad 17
Cuadro 6: Incidencia de las enfermedades o dolencias que se evitan por las intervenciones de las brigadas AISPED en recién nacidos 20
Cuadro 7: Efectividad de los servicios de las brigadas AISPED para los niños de 1 a 11 meses 23
Cuadro 8: Número de casos que se evitan de cada una de las discapacidades por la intervención de las brigadas AISPED por etapa de vida 1 a 4 años 24

Cuadro 9: Peso de cada una de las enfermedades u ocurrencias que se evitan por la intervención de las brigadas AISPED por etapa de vida 5 a 11 años 26
Cuadro 10: Duración promedio de la discapacidad por año o tiempo perdido por muerte prematura..... 27
Cuadro 11: Estimación de los AVISA totales para las atenciones brindadas por las brigadas AISPED 30
Cuadro 12: Presupuesto 2010 para la AISPED por región 41
Cuadro 13: Costos mensuales de la operación de las brigadas AISPED – Huánuco ... 43

Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribución de la población por edad y etapas de vida..... 14

Introducción

El Perú cuenta con una geografía muy rica en biodiversidad, ecosistemas y variedad de climas, pero a la vez de difícil acceso geográfico. En un territorio de casi 1.3 mil millones de kilómetros cuadrados, habita una población de más de 28 millones de personas. Se estima que la densidad poblacional es de 23 personas por kilometro cuadrado, lo que sitúa al país como el 191ero más denso en el mundo.[1] Ello implica que a diferencia de otros territorios, aún sin considerar la concetración poblacional en la costa del país, el Perú cuenta con una población muy dispersa y conglomerada en pequeñas comunidades, lo cual dificulta la provisión universal de servicios básicos.

De esta manera, el Ministerio de Salud viene implementando, y rediseñando, por más de diez años una estrategia de atención itinerante: la Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). Esta estrategia consiste en un equipo de salud que visita un conjunto de comunidades que por las características geográficas de su ubicación no tiene acceso a servicios de salud a través de ninguna red de servicios. Es decir, la AISPED busca brindar servicios de salud básicos a población que no tiene otra alternativa para acceder a estos.

Es en este sentido que la AISPED es considerada una intervención inclusiva. De hecho, junto con Sembrando, JUNTOS, y otras pocos programas del Estado, es una de las pocas intervenciones públicas que tienen esta característica. La estartegia cuenta con un valor intangible que es la aplicación práctica del cumplimiento de los derechos de un grupo minoritario y excluido de la población.

La AISPED es usualmente criticada por su alto costo en comparación con los costos de atención en la red de servicios de salud. Por su naturaleza, esta estrategia es de alto costo variable: se debe financiar (remunerar, equipar, capacitar, transportar, etc.) un equipo profesional para la atención de un grupo poblacional muy reducido, además de alejado y disperso. Sin embargo, la comparación que se realiza comunmente no es justa, y tampoco correcta.

La comparación de dos estrategias implica que éstas son alternativas para la población que se estudia y esto no es así. El propósito de la AISPED es de brindar servicios de salud a población que no tiene alternativa de acceso a estos servicios. Entonces, el costo de un niño vacunado en un establecimiento de salud no es comparable al de un niño que recibe sus vacunas a través de la AISPED. De hecho, la simple comparación del costo de brindar una vacuna a dos niños no es necesariamente correcta. Para hacer esta comparación, ambos niños deben tener las mismas características. Entonces, si es el caso de un niño que habita en una zona urbana y que tiene fácil acceso a varios establecimientos de salud y el caso de un niño que habita en una

[1] http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_population_density, último acceso el 18 de Septiembre de 2010.

comunidad alejada del establecimiento más cercano, a una caminata de más de 6 horas por ejemplo, esta simple comparación de costos per cápita es inválida.

Este criterio que considera esta simple evaluación inválida es meramente técnico. Si además se considera que el acceso a los servicios de salud en caso de necesidad es un derecho de todo peruano, los criterios de eficiencia dejan de ser relevantes para justificar o desacreditar la intervención. En la medida en que este acceso es un derecho, el Estado debe realizar el esfuerzo que sea necesario para garantizarlo.

Ello no significa que la AISPED está exenta de una evaluación económica para medir su eficiencia. En la medida que los recursos fiscales son limitados, siempre debe escogerse la mejor alternativa. Entonces, como se mencionó la eficiencia no determina si esta población debe acceder a servicios de salud o no, sino cuál es la mejor alternativa para cumplir este objetivo. Para realmente saber si la estrategia de AISPED debe continuar operativa, en primer lugar, se debe comparar su efectividad con su costo. La misma comparación debe realizarse con las otras alternativas existentes de intervención. Finalmente, para determinar la intervención más rentable se debe encontrar aquella que produzca el menor costo por unidad de efectividad lograda.

El presente estudio no pretende dar respuesta completa a este cuestionamiento. El objetivo de éste es tener una aproximación a la efectividad de la AIESPED y quizás brindar herramientas y resultados que permitan orientar las decisiones de políticas de los responsables de salud en el país. De esta manera, se estimará el ratio de costo – efectividad de la AISPED.

El principal obstáculo para realizar esta labor es la indisponibilidad de información. Como es de esperarse, la información confiable que se cuenta para población de estas características es casi inexistente. Por ejemplo, una de las mayores deficiencias en la planificación de la estrategia es la programación sobre la base de ‘población asignada’. La programación, y evaluación, de cualquier programa debe realizarse sobre la base de la población objetivo del mismo; sin embargo, no se cuenta con este dato y cualquier estadística, incluyendo las provenientes del Censo 2007, no son totalmente confiables. Una de las implicancias de ello es que el estudio se aplica al departamento de Huánuco, ya que la información más reciente y confiable que fue disponible corresponde a este ámbito.

En la siguiente sección se presenta una breve descripción metodológica del indicador que se busca estimar: costo – efectividad. En la tercera sección se realiza la estimación de la efectividad agregada de la AISPED. La información relacionada con el costo de la intervención se presenta en la cuarta sección. Posteriormente, en la quinta sección, se estima el indicador de costo – efectividad y discuten sus limitaciones. Finalmente, se presentan las conclusiones y principales hallazgos del documento.

El indicador de costo – efectividad

El análisis de costo – efectividad es reconocido como el enfoque para tomar decisiones racionales relacionadas con nuevos tratamientos, procedimientos, tecnologías, intervenciones, etc. Éste no es más que la formalización del procedimiento por el cual los individuos toman sus decisiones: se elegirá la alternativa que produzca un mayor beneficio neto, o su equivalente.

Este indicador tiene como estadística de interés al Ratio de Costo – Efectividad Incremental (ICER por sus siglas en inglés)

<u>El Ratio de Costo – Efectividad Incremental</u>

Este ratio tiene como objetivo ayudar en la toma de decisión para la implementación entre dos o más intervenciones alternativas. Para comparar dos situaciones: A y B, el ICER utiliza la siguiente fórmula:

$$ICER = \frac{C_B - C_A}{E_B - E_A}$$

donde C_A es el costo de la alternativa A, C_B el costo de la alternativa B, E_A la efectividad de la alternativa A y E_B de la B. Es importante notar que las unidades para ambas alternativas deben ser las mismas para poder efectuar esta comparación. En el caso del costo es altamente probable que las unidades sean iguales, ya que usualmente son medidos en la misma unidad monetaria, pero en el caso de la efectividad debe tenerse cuidado en que sean comparables.

Resulta recomendable describir la naturaleza de este indicador y su construcción a través de un ejemplo sencillo:

- Asumamos que en un ámbito específico y un período de tiempo determinado solo se tienen dos posibles escenarios de intervención sanitaria: no realizar nada (alternativa A) o implementar la estrategia B.
- La estrategia B aumentaría la esperanza de vida en 3 años, en comparación con no realizar nada.
- El costo de la implementación total de la estrategia B es de S/. 1.5 millones.

Al aplicar la fórmula del ICER:

$$ICER = \frac{1{,}500{,}000 - 0}{3 - 0} = \frac{1{,}500{,}000}{3} = 500{,}000$$

Se encuentra que el ICER de esta situación es de S/. 500 mil por año adicional de esperanza de vida por la implementación de la estrategia B en lugar de no intervenir. Para determinar la efectividad de esta intervención solo se requiere saber el valor de un año adicional de vida para la población en cuestión. Si dicho año adicional tiene un valor superior a S/. 500 mil, entonces se debe implementar esta estrategia; de lo contrario, no debe implementarse.

En el caso que se analiza en el presente estudio no se compara la AISPED con otra alternativa de intervención, por ello se considera que la situación de análisis es similar a la del ejemplo anterior: se compara no hacer nada (lo cual se asume que implica que esta población no recibiría el paquete de servicios que AISPED brinda) con implementar la estrategia de AISPED.

Otro ejemplo ilustra el procedimiento que debería realizarse si se compararía la AISPED con otra estrategia de intervención. Al ejemplo anterior añadamos una nueva estrategia:

- Asumamos que en el mismo ámbito y por el mismo período de tiempo ahora se cuenta con la estrategia C, además de la B.
- La estrategia C aumentaría la esperanza de vida en 5 años, en comparación con no realizar nada.
- Su costo es de S/. 4.5 millones.

En este caso el ICER se calcula en S/. 1.5 millones:

$$ICER = \frac{4{,}500{,}000 - 1{,}500{,}000}{5 - 3} = \frac{3{,}000{,}000}{2} = 1{,}500{,}000$$

Entonces, la conclusión es que si la sociedad valora un año adicional de vida por más de S/. 1.5 millones, entonces debe implementarse la estrategia C en lugar de la B.

Nótese que esta conclusión no indica si la estrategia B, o la C, es mejor. Simplemente evalúa si es una decisión beneficiosa para la sociedad reemplazar la estrategia B, que sólo otorga 3 años adicionales de vida, por la estrategia C, que añade a 5 años adicionales de vida a la población en general.

Ahora, cuando se realiza un análisis de esta naturaleza es común encontrar diversas dificultades y el indicador de elección debe responder a la naturaleza de la situación bajo análisis. Por ejemplo, ¿qué hacer si no se cuenta con información sobre la efectividad de una intervención? A continuación se describirán 4 alternativas utilizadas comúnmente para la comparación de intervenciones sanitarias.

Análisis de costos

El análisis de costos se utiliza en casos que no se cuente con información sobre la efectividad de cada estrategia. Más aún, este análisis supone que la efectividad de las intervenciones es igual, o muy similar, en magnitud. Si es así, no resulta relevante incluir la efectividad en el análisis, lo único que se debe comparar son los costos de cada intervención. La regla de decisión también es sencilla: se debe escoger la intervención que implique el menor costo.

Empíricamente, es un estudio relativamente sencillo de aplicar, en comparación con los demás tipos de análisis. Sin embargo, su aplicación está limitada a casos donde se conoce empíricamente que la efectividad de las intervenciones es la misma, o casos en los que se presume es similar pero no puede ser probado. Ello descarta su uso para los fines de este estudio.

Análisis de costo – efectividad

Este es el tipo de análisis más utilizado en el campo de la salud. La información necesaria son los costos y la efectividad de las intervenciones que se desean comparar. La unidad de medida de los costos es monetaria: nuevos soles, dólares, etc., mientras que la de efectividad es natural (intermedia): nivel de colesterol, años de vida, nivel de dolor, etc.

Algunos estudios transforman las unidades de medida de intermedia a final. Por ejemplo, si la unidad de medida es la presión arterial, se puede modelar el efecto de ésta sobre la mortalidad y tener una medición equivalente de la efectividad teniendo a la mortalidad como unidad. Para ello, se puede utilizar el indicador de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA o DALY por sus siglas en inglés). En la siguiente sección se da mayor detalle sobre este indicador.

Debido a que la efectividad de una intervención tiene muchas dimensiones, existe una considerable probabilidad que la estimación de efectividad de cualquier intervención sea sesgada, ya que suelen desconocerse los múltiples efectos que cualquier intervención pueda ocasionar.

Sin embargo, el mayor problema de este tipo de análisis es que el indicador no brinda una medida absoluta, sino relativa. En la medida que este análisis utiliza al ICER como el indicador de decisión, la regla de decisión no resulta clara y se requiere de información adicional.

Este problema puede ser ilustrado a través de un ejemplo: la enfermedad periférica arterial. Esta enfermedad sucede cuando los vasos sanguíneos fuera del corazón se vuelven más estrechos debido a que la placa, que es compuesta de colesterol y grasa, se acumula en las paredes de las arterias que llevan la sangre a los brazos y piernas. Ello reduce o para el flujo sanguíneo hacia las extremidades, usualmente las piernas, causando dolor y adormecimiento.

En estos casos, la efectividad es medida a través de la distancia en que un paciente puede caminar hasta que tenga que parar a causa del dolor: la máxima distancia de claudicación.

Entonces, si se encuentra que el ICER indica que un tratamiento cuesta S/. 10 por metro adicional de esta máxima distancia, en comparación con no hacer nada, ¿a qué conclusión se llega?, ¿se requiere de información adicional?, ¿qué tipo de información?

Análisis de costo – beneficio

Si se cuenta con información sobre el valor de la efectividad ganada a través de la intervención, i.e. el beneficio que obtiene la sociedad por un año adicional de vida de su población valorizado en unidades monetarias, un indicador de costo – efectividad puede ser modificado en un indicador costo – beneficio. En este sentido, tanto los costos como los beneficios (la efectividad) estarán en unidades monetarias y serán fácilmente comparables.

Dado que se trabaja la misma unidad de medida para costos y beneficio, el ICER es modificado a la siguiente fórmula:

$$ICER = (B_B - B_A) - (C_B - C_A)$$

donde B_i es el beneficio, en unidades monetarias, obtenido por la implementación de la estrategia i.

Dado que el ICER es modificado de esta manera, la regla de decisión también se modifica y pasa a ser absoluta. La estrategia B deberá realizarse, en lugar de la estrategia A, si es ICER es positivo.

El mayor problema con este indicador es que implica valorizar beneficios en la salud que son invaluables para muchos ¿Cuánto vale la reducción del dolor de un paciente?, ¿cómo valorizar tal beneficio?

Análisis costo – utilidad

En este caso, la efectividad es medida en años de vida ajustados por calidad (AVAC o QALY por sus siglas en inglés). La diferencia entre este indicador y los AVISA es la incorporación de la calidad de vida en la medición del mismo. Es decir, los AVAC no sólo incorpora la mortalidad que trae una condición de salud, sino que evalúa la calidad en la que se dan estos años adicionales de vida, en relación con la salud de la persona. La calidad de vida se mide en una escala que va desde 0 a 1; donde 0 equivale a la muerte y 1 a la salud perfecta.

Sin embargo, al igual que el indicador de costo – efectividad, este análisis tiene el problema de ser relativo. La regla decisión igualmente no es clara y requiere de información adicional.

A pesar de sus limitaciones, en el presente estudio se realiza un análisis costo – efectividad. Ello se debe al carecimiento de información para valorizar la efectividad encontrada, lo cual permitiría realizar un análisis costo – beneficio, y de estimaciones de AVAC, que permitiría realizar un análisis costo – utilidad.

Además, dado que el presente estudio tiene por objetivo aproximar la efectividad de la intervención de AISPED, el indicador de costo – efectividad cumple con ello. Es decir, no se pretende dar respuesta directa a la pertinencia de esta estrategia, sino tener una medición relativa de su efectividad. Dado que no se encuentra ninguna estimación confiable sobre la valoración que la sociedad peruana tiene sobre un año adicional de vida a la población objetivo de esta estrategia, ello quedará a la valoración que cada lector le otorgue.

La efectividad agregada de la AISPED

La estimación de la efectividad de la AISPED se realizará tomando como base los años ajustados por discapacidad (AVISA o DALY por sus siglas en inglés). El AVISA es un indicador compuesto que ofrece una medida integral del efecto de una intervención sobre su población beneficiaria expresada a través de su impacto sobre las muertes prematuras y/o las incapacidades físicas o mentales (sean temporales o permanentes) que producen las enfermedades.[2] De esta manera, el indicador AVISA expresa años de vida saludable perdidos.

Esta metodología fue introducida en 1997 en la serie de 10 tomos denominada "*The Global Burden Disease and Injury Series*" a cargo de Christopher Murray y Alan Lopez. Una de las ventajas de este enfoque se encuentra en que resultó útil para medir el estado de salud sin limitarse únicamente en la mortalidad (número de fallecidos) sino al impacto que las muertes prematuras y la discapacidad a través de la carga de enfermedad sobre dicha población.

Además, se encontró acompañada de estimaciones útiles para hacer cálculos en diversas partes del mundo. Así esta metodología se encuentra acompañada de las ponderaciones, o impacto, de una amplia gama de enfermedades u otras dolencias sobre una población determinada.[3] Estos impactos se recalcularon para el año 2002.[4]

Se puede decir que esta metodología tiene como propósitos principales[5]:

- incorporar condiciones no fatales en las evaluaciones de los estados de salud,
- obtener estimaciones objetivas y plausibles de las cargas de condiciones y enfermedades particulares, y
- medir la carga de enfermedades y daños físicos a través de una unidad que permita también evaluar el costo – efectividad de las intervenciones, en términos de costo por unidad de carga de enfermedad eliminada.

Por estos motivos, el indicador de AVISA resulta la mejor estimación de efectividad plausible de obtener para los fines del presente estudio.

La fórmula final para el cálculo de los AVISA es la siguiente[6]:

[2] Beltrán (2006)
[3] Se dividió a la población mundial en diversas regiones y el Perú fue incluido en la región número 5.
[4] OMS (2002)
[5] Seuc, et. al. (2000)
[6] Nótese que esta fórmula difiere de la publicada en la guía del MEF, Beltrán (2006), la cual se considera tiene algunos errores tipográficos.

$$AVD = \frac{DCe^{\cdot -ba}}{(b+r)^2}\left[-e^{-(b+r)L}(1+(r+b)(L+a))+(1+(r+b)a)\right]$$

en donde:

- L, es la duración de la discapacidad o tiempo perdido por mortalidad prematura.
- D, es la ponderación de la discapacidad, que está en función de su intensidad (D=1 en el caso de una muerte).
- r, es la tasa de actualización, que se ha asumido en 3%.
- C, es la constante de corrección del peso por edad, que se ha establecido en 0.16243.
- b, es el parámetro derivado de la función de ponderación por edad, que toma el valor de 0.04[7].
- a, es la edad en que se empiezan a recibir los beneficios del proyecto, evitándose así la discapacidad o la muerte prematura. Para términos de estimación se tomará como la edad promedio.

Esta fórmula se deriva de la solución a una integral definida para la curva de edad de defunción. La integral se define desde la edad en la que se produce la intervención del proyecto (a) y el tiempo que dura la discapacidad o tiempo perdido por la mortalidad prematura (L)[8]. La forma de presentar el algoritmo de este indicador difiere en el orden de los factores de la presentada en por Seuc, et. al. (2000) y de la Beltrán (2006)[9].

Otros grupos de datos necesarios para estimar los indicadores AVISA son: la incidencia de cada una de las discapacidades que se evitan por la intervención de las brigadas AISPED, la esperanza de vida del grupo afectado, la efectividad, el peso de la discapacidad y la duración promedio de la enfermedad. Estos datos se pueden agrupar en tres pasos: i) Cálculo de las información poblacional que incluye la esperanza de vida al nacer; ii) Recopilación de la información secundaria referente la incidencia y pesos de las discapacidades y efectividad de las intervenciones y; iii) Cálculo de los AVISA.

[7] Los valores asumidos para los parámetros de la fórmula han sido propuestos y discutidos en Murray y López (1996)
[8] La digresión para llegar a esta fórmula se encuentran en Murray y López (1996). Una versión abreviada de este tema se encuentra en Murray (1995)
[9] Beltrán (2006) es una guía para la elaboración de proyectos sociales para el Sistema Nacional de Inversión Pública peruano a nivel de perfil. En la fórmula que se encuentra en este documento se ha encontrado un error de signo y es por ello que se presenta de esta manera.

Paso 1: Cálculo de la información poblacional

Para medir la efectividad que tienen las brigadas AISPED en primer lugar se debe estimar la población objetivo de la intervención. El conjunto de servicios brindados se ha clasificado por su tipo: promoción, prevención o recuperación, y por cada una de las etapas de vida a las que se orienta y que son:

- Recién nacidos,
- de 1 a 11 meses,
- de 1 a 4 años,
- de 5 a 11 años,
- de 12 a 14 años,
- de 15 a 19 años,
- de 20 a 59 años,
- mayores de 60, y
- gestantes.

Estas etapas de vida han sido determinadas a partir de cómo la estrategia AISPED define su paquete de servicios. En la medida que este paquete es distinto para los niños entre 1 y 4 años, del ofrecido a niños entre 5 y 11 años, se han incluido estas categorías.

El siguiente paso es estimar la población que recibe estos servicios de salud en el ámbito de estudio a partir de cada una de estas etapas de vida. Dado que no existe información confiable, este procedimiento es complejo:

- En primer lugar, la población total que cubren las brigadas en el ámbito de estudio fue de 7,348. Esta población es producto del 'censo' propio con el que trabajan estas brigadas. Cabe recalcar que este dato excluye la población que es atendida por la brigada IV, Jesus Cauri, ya que no se cuentan con estos datos. Como se discutirá más adelante, esta falta de información no invalida la conclusión del estudio ya subestima los beneficios mas no los costos.

- Con esta estimación del total de población objetivo, se distribuyó la población entre las diversas etapas de vida. Para ello, se utilizó la información contenida en la Encuesta Nacional de Hogares del año 2009 (ENAHO, 2009). Los datos que se presentan en el Cuadro 1 se han obtenido agrupando a las personas que viven en la zona rural en función de cada una de las etapas de vida. Para definir al área rural se ha usado la definición del INEI en donde los centros poblados con un número de viviendas igual o menor a 400 son considerados como áreas rurales aun así esta

corresponda a la capital de distrito. Esta aproximación presenta una limitación que será discutida con mayor detalle más adelante.

Cuadro 1: Población atendida por AISPED y edad promedio por etapa de vida

Número	Etapa de vida	Población rural (%)	Población objetivo	Edad Promedio (en años)
I	Recién nacidos	0.2%	12	0.04
II	De 1 a 11 meses	1.8%	130	0.45
III	De 1 a 4 años	8.3%	607	2.61
IV	De 5 a 11 años	16.3%	1,201	8.12
V	De 12 a 14 años	8.5%	624	13.00
VI	De 15 a 19 años	11.0%	810	16.80
VII	De 20 a 59 años	42.0%	3,085	37.52
VIII	De 60 a más	12.0%	879	70.90
Gestante	Gestante	5%	371	29.25

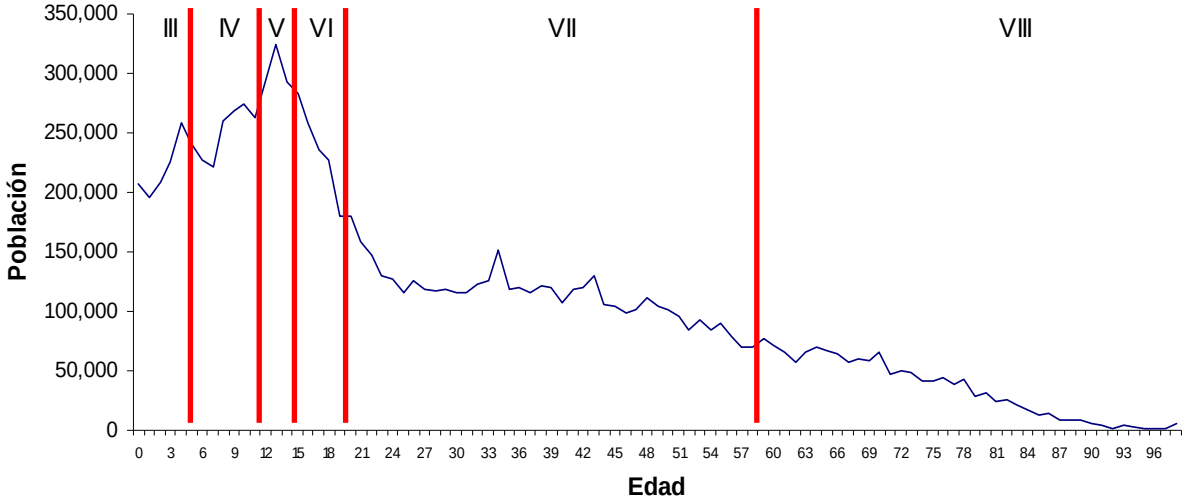
Fuente: Censo AISPED – Huánuco 2010 y ENAHO 2009
Elaboración propia.

En caso se decida ampliar el ámbito de estudio, simplemente se debe actualizar el dato de la población atendida en el libro de Excel (AVISA.xls) dentro de la hoja población. Todos los resultados son actualizados automáticamente.

Por otro lado, la edad promedio en años es también parte de la estimación de AVISA. Ésta se estima a través de un promedio ponderado de las edades en donde el ponderador fue la frecuencia de las edades. Los resultados de este cálculo se muestran en el Cuadro 1. Nótese que para esta estimación, así como para otras que se presentan más adelante, se ha utilizado la ENAHO 2009 como fuente de información. Idealmente, se debería obtener información de la población censal, sin embargo esta información no se ecnuentra disponible. Debe tenerse en cuenta que toda estimación obtenida a partir de la ENAHO 2009 se refiere a la población rural, que es el mejor aproximado representativo de la población objetivo de AISPED que se puede obtener de esta encuenta.

En el Gráfico 1, se muestra la distribución de la población en el Perú al año 2007 por edad con los grupos de edad señalados para una mejor aprehensión de las edades promedio. No se muestra el grupo I ni el II por corresponder a rangos pequeños en relación al gráfico.

Gráfico 1: Distribución de la población por edad y etapas de vida



Fuente: INEI 2008
Elaboración propia.

Otro dato necesario es el de la esperanza de vida al nacer (EVN). Este dato corresponde especificamente a la EVN en zonas rurales y EVN de la población femenina en zonas rurales. Nuevamente, no se ha tenido acceso a una estimación oficial de la esperanza de vida para zonas rurales para el año 2009, ni tampoco para la población femenina en esta área. Para solucionar esta dificultad se tomaron las estimaciones de la esperanza de vida realizadas por el INEI para cada uno de los departamentos (INEI, 2009) con datos del Censo del año 2008. Con estos datos departamentales se realizó la estimación de los datos que se muestran en el Cuadro 2. Es necesario mencionar que en el archivo de excel (AVISA.xls) adjunto a este documento bastaría con actualizar este dato en la hoja EVN para que toda la estimación se recalcule en la hoja AVISAS que tiene el cálculo final.

Estas estimaciones corresponden a promedios ponderados en donde los ponderadores fueron la proporción de personas por área o por sexo. Los datos con los que se realizaron estos cálculos se muestran en el Cuadro 3.

Cuadro 2: Estimación de la esperanza de vida para zonas rurales y población femenina

Clasificación	Esperanza de vida al Nacer (expresado en años)
Urbano	73.67072
Rural	71.8819
Mujeres	72.87242
Hombres	73.29498

Fuente: Censo 2008
Elaboración propia

Cuadro 3: Esperanza de vida al nacer y porcentaje de población rural y femenina, Perú 2008

Departamento	Esperanza de vida al nacer (En años)	% Población Rural	%Población Femenina
Amazonas	70.56	55.85 %	47.80 %
Ancash	73.81	35.78 %	49.89 %
Apurimac	70.23	54.06 %	49.86 %
Arequipa	76.27	9.36 %	44.00 %
Ayacucho	70.81	41.98 %	49.67 %
Cajamarca	72.94	67.29 %	49.69 %
Prov. Const. del Callao	77.68	0.00 %	49.83 %
Cusco	70.31	44.96 %	48.89 %
Huancavelica	69.79	68.33 %	50.57 %
Huánuco	71.52	57.50 %	48.56 %
Ica	77.00	10.67 %	48.03 %

Departamento	Esperanza de vida al nacer (En años)	% Población Rural	%Población Femenina
Junín	71.85	32.66 %	47.71 %
La Libertad	75.63	24.62 %	48.55 %
Lambayeque	76.08	20.45 %	49.16 %
Lima	77.15	2.01 %	45.68 %
Loreto	71.74	34.58 %	46.66 %
Madre de Dios	72.21	26.70 %	39.74 %
Moquegua	75.77	15.38 %	43.81 %
Pasco	71.41	38.10 %	47.10 %
Piura	73.97	25.80 %	48.55 %
Puno	70.35	50.34 %	49.94 %
San Martín	71.34	35.13 %	45.19 %
Tacna	74.21	8.71 %	44.88 %
Tumbes	74.05	9.29 %	46.89 %
Ucayali	70.88	24.72 %	48.55 %

Fuente: De la esperanza de vida al nacer (INEI, 2009) y de la población rural y femenina (INEI, 2008)

Elaboración propia

Con estos resultados se estimaron los años transcurridos luego de haber contraído la discapacidad. Esta se estimó a partir del cálculo de la población en zonas rurales para todos los casos excepto para el caso femenino en el que su usó la estimación de la esperanza de vida de ese género (ver Cuadro 4). El cálculo se hizo restando a la esperanza de vida estimada la edad promedio del grupo poblacional. Por ejemplo para el caso de la etapa de vida de los recién nacidos el cálculo que se hizo fue:

Edad promedio – Esperanza de vida a nacer = Esperanza de vida

71.94 – 0.04 = 71.90

Cuadro 4: Esperanza de vida al nacer de cada grupo poblacional

Etapa de vida	Edad Promedio (en años)	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida (años a partir de la edad promedio)
Recién nacidos	0.04	71.94	71.90
De 1 a 11 meses	0.45	71.94	71.49
De 1 a 4 años	2.61	71.94	69.33
De 5 a 11 años	8.12	71.94	63.82
De 12 a 14 años	13.00	71.94	58.94
De 15 a 19 años	16.80	71.94	55.14
De 20 a 59 años	37.52	71.94	34.42
De 60 a más	70.90	71.94	1.04
Gestante	29.25	72.87	43.62

Fuente: ENAHO 2009 e INEI 2009

Elaboración propia

Paso 2: Incidencia, pesos de las discapacidades y la efectividad de las intervenciones

Antes de brindar la descripción de la obtención de la información descrita se presenta la cartera de servicios que se consideran en el cálculo de los indicadores AVISA. El Cuadro 5 presenta el detalle de estos servicios:

Cuadro 5: Intervenciones a realizarse por grupo de edad

Promoción	Prevención	Recuperación	Previene	Etapas de vida								
				Meses		Años						
				RN	1 a 11 (M)	1 a 4	5 a 11	12 a 14	15 a 19	20 a 59	+ de 60	Gest
Consejería CRED			Desnutrición									
Consejería en alimentación			Desnutrición									

Promoción	Prevención	Recuperación	Previene	Etapas de vida								
				Meses		Años						
				RN	1 a 11 (M)	1 a 4	5 a 11	12 a 14	15 a 19	20 a 59	+ de 60	Gest
Consejería en lactancia materna			Desnutrición									
Consejería en salud bucal			Discapacidad									
	Suplemento de hierro		Bajo peso al nacer									
	Control del recién nacido		Desnutrición									
	BCG		Muerte por Tuberculosis									
			Discapacidad									
			Tuberculosis									
			Meningitis									
	Antihepatitis		Hepatitis B									
	Atencion inmediata		Mortalidad infantil									
			Asfixia y trauma al nacer									
		Cuidados inmediatos al RN	Muerte infantil									
		Fitomenadiona	Muerte infantil									
		Resucitación	Muerte infantil									
	CRED		Desnutrición									
	Sulfato ferroso		Anemia									
	Vitamina A		Anemia									
	Pentavalente											
	Rotavirus		Diarrea									
	Hepatitis B		Hepatitis B									
	SPR		Sarampion									
			Rubeola									
			Parotiditis									
	Antineumococo		Neumonia									
	Antitetánica 1era dosis		Mortalidad									
	Antitétanica 2da dosis		morbiidad									
	Antitetánica 3era dosis		morbilidad									
	AMA		Fiebre									

Promoción	Prevención	Recuperación	Previene	Etapas de vida								
				Meses		Años						
				RN	1 a 11 (M)	1 a 4	5 a 11	12 a 14	15 a 19	20 a 59	+ de 60	Gest
			amarilla									
	DPT		Difteria									
			Tos Ferina									
			Tétanos									
			Mortalidad por tétanos									
	Anti-influenza		Influenza									
	Toma de papanicolau		Mortalidad									
			NM Cervix									
	Control prenatal		Mortalidad materna									
	Suplemento de hierro		Anemia									
	Ácido Fólico		Mortalidad									
			Anemia									
		Atención del parto	Muerte materna									
	Fluorizacion		Discapacidad									
	Sellado de piezas dentarias		Discapacidad									
	Expansión cobertura		Discapacidad									
	Profilaxis antiparasitaria		Parasitosis									
			Infección intestinal									
		EDAS	Muerte infantil									
			Desnutrición									
			Días de enfermedad									
		IRAS	Muerte infantil									
			Desnutrición									
			Días de enfermedad									
		Desnutricion y anemia	Desnutrición									
		Enfermedades parasitarias	Parasitosis									
		Atención de patología adontoestomatológica	Discapacidad									

Promoción	Prevención	Recuperación	Previene	Etapas de vida							
				Meses		Años					
				RN	1 a 11 (M)	1 a 4	5 a 11	12 a 14	15 a 19	20 a 59	+ de 60	Gest
		Caries	Discapacidad									
		Enfermedades de las encias	Discapacidad									
		Restauración	Discapacidad									
		Exodoncia	Discapacidad									
		Profilaxis	Discapacidad									

Fuente: AISPED.

Elaboración propia.

Son insumos para el cálculo de los AVISA, la incidencia de las discapacidades que se evitan con cada una de las atenciones, la efectividad estimada de las mismas, la duración de la discapacidad y el peso para la ponderación, o impacto que tiene en la vida de la persona que lo padece. En cada caso, la información puede ser actualizada en el libro de Excel (AVISA.xls) para que los cálculos finales también se actualicen. Esta información está contenida en las hojas correspondientes.

La incidencia

La incidencia de todas enfermedades o discapacidades que se evitan con las intervenciones se muestran en el Cuadro 11. A manera de ejemplo, el Cuadro 6 muestra esta información para el caso de los recién nacidos. Es necesario señalar que la incidencia se encuentra definida como el número de casos nuevos que se registran de una enfermedad, dolencia o muerte entre el total de la población, en este caso se ha hecho por grupo de edad. Los datos que se consignan se han recogido de diversas fuentes las cuales se encuentran indicadas en las notas al cuadro.

Cuadro 6: Incidencia de las enfermedades o dolencias que se evitan por las intervenciones de las brigadas AISPED en recién nacidos

Promoción	Prevención	Recuperación	Discapacidad que se evita	Incidencia
Consejería en			Desnutrición	0.369

Promoción	Prevención	Recuperación	Discapacidad que se evita	Incidencia
CRED				
Consejería lactancia materna			Desnutrición	0.369
	Suplemento de hierro		Bajo peso al nacer	0.043
	Control del recién nacido		Desnutrición	0.369
	BCG (1era)		Muerte por Tuberculosis	0.00001528
			Discapacidad	0.0002554
			Tuberculosis	0.0002554
			Meningitis	0.002103413
	Antihepatitis (1era)		Hepatitis B	0.04217
			Mortalidad infantil	0.00215
	Atención inmediata		Asfixia y trauma al nacer	0.043
		Cuidados inmediatos al RN	Muerte infantil	0.00215
		Fitomenadiona	Muerte infantil	0.00215
		Resucitación	Muerte infantil	0.00215
		EDAS	Muerte infantil	0.00215
			Desnutrición	0.369
			Días de enfermedad	0.4949
		IRAS	Muerte infantil	0.00215
			Desnutrición	0.369
			Días de enfermedad	0.4949

Fuente: ver notas.

Elaboración propia.

Notas:

1/ Para el caso de las IRAS para menores de 1 año y menores de 5 años MINSA DGE. El dato de la incidencia (20% del total de casos para menores de 5 años) se tomó de http://www.larepublica.pe/sociedad/10/05/2010/minsa-recomienda-prevenir-contagio-de-iras-en-menores

2/ Desnutrición crónica ENDES (2008b) pp. 6

3/ Anemia ENDES (2008b) pp. 12

3/ IRA menores de 36 meses ENDES pp. 14

4/ Tasa de incidencia de TBC nacional para todas las etapas de vida en http://elcomercio.pe/noticia/262021/peru-segundo-pais-sudamerica-incidencia-tuberculosis . La tasa de incidencia se calculó a partir de la tasa reportada en Bonilla (2005) en donde se multiplica la tasa de mortalidad de la TBC por 4% que corresponde a la proporción de casos que corresponden a menores de 1. La discapacidad asociada a la TBC se asume tiene la misma incidencia que la TBC en si misma

5/ Mortalidad e incidencia de Neumonía tomadas de la DGE

6/ La tasa de mortalidad infantil es de 21.5% a nivel general

7/ La incidencia de hepatitis B en zonas rurales se tomó de http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v24n4/a09v24n4.pdf pp 381

8/ La incidencia de la Meningitis se tomó de

http://www.disavlc.gob.pe/epi/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=220&Itemid=8 casos registrados de meningitis 5731 para menos de 5 años

9/ La incidencia de Tétanos se tomó de la DGE

10/ La incidencia de Influenza se tomó de http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/influenza.htm

11/ La incidencia de sarampión es 0 (Perú lleva 9 años sin un caso de sarampión) se ha colocado el dato del último brote endémico con 22,605 casos en 1992 cuando la población era aproximadamente 22 millones de personas. La tasa se calculó con el dato de población exacto para ese año

12/ La incidencia de la rubeola se tomó de http://www.bnp.gob.pe/snb/data/11/salud_11.pdf

13/ La incidencia de Parotiditis se tomo de la situación de Rumania sin vacuna que fue de 217 casos por 100,000 personas de

14/ Incidencia de DPT se toma de la DGE

15/ La incidencia de parasitosis se asume igual que la prevalencia (95%) en zonas de selva y sierra. Tomado de http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciónes/2010_V14_N01/10CC_Vol14_No1_2010_Parasitosis_en_prescolares.pdf pp2

16/ Los datos de fiebre amarilla se toman de la DGE. Son en total 35 para todo el país

17/ Los datos de mortalidad y de incidencia de cáncer cervical se tomaron de fuero de 37.03 por cada 100 mil

La efectividad

De la misma manera todas las intervenciones que se realizan tienen porcentaje de efectividad. Esto es el porcentaje en el que se reducen las enfermedades, dolencias o sucesos por la intervención que las brigadas AISPED realizan. Estas se han obtenido de evaluaciones de costo efectividad realizadas en el Perú o en otras partes del mundo. El detalle de las efectividades que se han considerado para el cálculo de los AVISA se muestra en el Cuadro 11, pero a manera de ejemplo se presentan las correspondiente a los niños de 1 a 11 meses en el Cuadro 7.

Cuadro 7: Efectividad de los servicios de las brigadas AISPED para los niños de 1 a 11 meses

Promoción	Prevención	Recuperación	Discapacidad que se evita	Efectividad
Consejería CRED			Desnutrición	80%
Consejería en alimentación			Desnutrición	80%
	CRED		Desnutrición	11%
	Sulfato ferroso		Anemia	75%
	Vitamina A		Anemia	75%
	Pentavalente + APO (1 - 3)		Difteria	76%
	Antineumococo (1 - 2)		Neumonía	92%
	Rotavirus (1 - 2)		Diarrea	80%
	Hepatitis B		Hepatitis B	95%
	Anti-influenza (1 -2)		Influenza	90%
		EDAS	Muerte infantil	25%
			Desnutrición	40%
			Días de enfermedad	50%
		IRAS	Muerte infantil	36%
			Desnutrición	40%
			Días de enfermedad	50%
		Enfermedades parasitarias	Parasitosis	30%
		Desnutrición y anemia	Desnutrición	11%

Fuente: AISPED.

Elaboración propia.

Número de casos

Con los datos de la incidencia, la efectividad y la población atendida con estas enfermedades se procede a calcular el número de casos que se evitan con estas intervenciones. La fórmula es bastante sencilla:

Número de casos que se evitan = Población * Incidencia * Efectividad.

Por ejemplo, para el caso de la desnutrición que se evita con la consejería CRED en la etapa de vida de 1 a 4 años el cálculo se hizo de la siguiente manera: 607 * 0.369 * 80% = 179

Los resultados de esta estimación son un insumo para el cálculo de los AVISA y se presentan en el Cuadro 11. En el Cuadro 8 muestra los resultados para la población de 1 a 4 años.

Cuadro 8: Número de casos que se evitan de cada una de las discapacidades por la intervención de las brigadas AISPED por etapa de vida 1 a 4 años

Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Número de casos
Consejería CRED			Desnutrición	179
Consejería en alimentación			Desnutrición	179
Consejería en salud bucal			Discapacidad	525
	CRED		Desnutrición	179
	Sulfato ferroso		Anemia	253
	Vitamina A		Anemia	253
	SPR		Sarampión	1
			Rubeola	0
			Parotiditis	1
	Antineumococo (3era)		Neumonía	0
	AMA		Fiebre amarilla	0

Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Número de casos
	DPT		Difteria	243
			Tos Ferina	243
			Tétanos	243
			Mortalidad por tétanos	8
	Anti-influenza (2da - 4ta)		Influenza	87
	Fluorización		Discapacidad	525
	Expansión cobertura		Discapacidad	260
	Profilaxis antiparasitaria		Parasitosis	173
		EDAS	Muerte infantil	0
			Desnutrición	90
			Días de enfermedad	150
		IRAS	Muerte infantil	0
			Desnutrición	90
			Días de enfermedad	150
		Desnutrición y anemia	Desnutrición	179
		Caries	Discapacidad	525
		Enfermedades de las encías	Discapacidad	525
		Restauración	Discapacidad	525
		Exodoncia	Discapacidad	525

Elaboración propia.

Ponderaciones o pesos por discapacidad

Las ponderaciones de cada uno de los sucesos se han tomado de OMS (2003). Estos cálculos se han realizado para 17 regiones del mundo y, como insumo, son parte de la metodología AVISA en el año 1996 y actualizadas el año 2004. El Cuadro 9 muestra estos pesos para las intervenciones en niños de 5 a 11 años.

Cuadro 9: Peso de cada una de las enfermedades u ocurrencias que se evitan por la intervención de las brigadas AISPED por etapa de vida 5 a 11 años

Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Peso discapacidad
Consejería en alimentación			Desnutrición	0.053
Consejería en salud bucal			Discapacidad	0.081
	CRED		Desnutrición	0.053
	Fluorización		Discapacidad	0.081
	Profilaxis antiparasitaria		Desnutrición	0.024
			Infección Intestinal	0.090
		EDAS	Muerte infantil	1.000
			Desnutrición	0.106
			Días de enfermedad	0.106
		IRAS	Muerte infantil	1.000
			Desnutrición	0.053
			Días de enfermedad	0.024
		Enfermedades parasitarias	Parasitosis	0.090

		Desnutrición y anemia	Desnutrición	0.024
		Atención de patología odontoestomatológica	Discapacidad	0.081
		Caries	Discapacidad	0.081
		Enfermedades de las encías	Discapacidad	0.081
		Restauración	Discapacidad	0.081
		Exodoncia	Discapacidad	0.081

Fuente: OMS (2003).
Elaboración propia.

Duración de la enfermedad

La duración de la enfermedad o de la dolencia se ha obtenido de fuentes secundarias. Toda la información de esta variable, expresada en años, se encuentra en el Cuadro 12 para todas las intervenciones. El cuadro 10 muestra la duración promedio de la discapacidad para las intervenciones en adolescentes de 12 a 14 años.

Cuadro 10: Duración promedio de la discapacidad por año o tiempo perdido por muerte prematura

Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Duración promedio de la discapacidad
Consejería en salud sexual				
Consejería en alimentación			Desnutrición	58.94
Consejería en salud bucal			Discapacidad	58.94
	CRED		Desnutrición	58.94
	Fluorización		Discapacidad	58.94
	Sellado de piezas dentarias		Discapacidad	58.94

Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Duración promedio de la discapacidad
	Expansión cobertura		Discapacidad	58.94
		EDAS	Muerte infantil	58.94
			Desnutrición	58.94
			Días de enfermedad	0.02
		IRAS	Muerte infantil	58.94
			Desnutrición	58.94
			Días de enfermedad	0.02
		Enfermedades parasitarias	Parasitosis	58.94
		Desnutrición y anemia	Desnutrición	58.94
		Caries	Discapacidad	58.94
		Enfermedades de las encías	Discapacidad	58.94
		Restauración	Discapacidad	58.94
		Exodoncia	Discapacidad	58.94

Fuentes:

http://www.minsarsta.gob.pe/redtupacamaru/estrategias_tbc_lineas_acción.htm

http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/meningitis

http://www.botanical-online.com/medicinalshepatitis.htm

http://www.sometracomahue.org.ar/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=79:difteria-notificación-de-casos-en-bolivia-julio-2010&catid=23:comunicados-oficial

http://www.aepap.org/familia/neumonia.htm

http://www.gastrouc.cl/diarrea.htm

http://www.guiainfantil.com/blog/265/sintomas-de-la-influenza-porcina-en-bebes.html

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/infecciónes/german_measles_esp.html

http://www.salud.bioetica.org/sarampion.htm

http://virus.med.puc.cl/viajero/f_amarilla.html

http://www.vacunasaep.org/pdf/tetanos.pdf

http://www.larepublica.pe/sociedad/13/05/2010/peru-reduciria-mortalidad-materna-en-el-2012

Elaboración propia.

Dado que las intervenciones los casos en donde la discapacidad conduce a la muerte se considera como duración de la discapacidad al total de los años correspondiente a la esperanza de vida para el grupo de edad.

Paso 3: Cálculo de los AVISA

Finalmente con todos los datos completos se procede a estimar los AVISA para cada una de las intervenciones con el algoritmo mostrado anteriormente:

$$AVD = \frac{DCe^{\cdot -ba}}{(b+r)^2}\left[-e^{-(b+r)L}(1+(r+b)(L+a))+(1+(r+b)a)\right]$$

Luego de ello se debe calcular el total de los AVISA para todo el grupo poblacional afectado.

AVISA total = AVD x Número de casos

Luego estos casos por cada intervención se suman y se obtiene un total. De esta manera los resultados de estos cálculos se muestran en el Cuadro 11. En total la estimación final indica que se ganan aproximadamente un total de **99,153** AVISA por el conjunto de servicios considerado de la estrategia AISPED en Huánuco en el año 2010.

Cuadro 11: Estimación de los AVISA totales para las atenciones brindadas por las brigadas AISPED

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
RN	Consejería en CRED			Desnutrición	0.369	80%	12	3	0.053	0.04	71.90	71.90	0.0	0.0
	Consejería lactancia materna			Desnutrición	0.369	10%	12	0	0.053	0.04	71.90	71.90	2.3	737.8
		Suplemento de hierro		Bajo peso al nacer	0.043	20%	12	0	0.110	0.04	71.90	71.90	28.4	21.1
		Control del recién nacido		Desnutrición	0.369	10%	12	0	0.053	0.04	71.90	71.90	2.3	737.8
		BCG (1era)		Muerte por Tuberculosis	1.528E-05	67%	12	0	1.000	0.04	71.90	71.90	2.3	737.8
				Discapacidad	0.0002554	50%	12	0	0.273	0.04	71.90	0.67	0.03	9.1
				Tuberculosis	0.0002554	87%	12	0	0.273	0.04	71.90	71.90	2.3	737.8
				Meningitis	0.0021034	78%	12	0	0.615	0.04	71.90	0.03	2.3	737.8
		Antihepatitis (1era)		Hepatitis B	0.04217	70%	12	0	0.075	0.04	71.90	0.50	0.03	9.1
				Mortalidad infantil	0.00215	20%	12	0	1.000	0.04	71.90	71.90	0.1	41.9
		Atención inmediata		Asfixia y trauma al nacer	0.043	20%	12	0	0.364	0.04	71.90	71.90	0.7	0.0
			Cuidados inmediatos al RN	Muerte infantil	0.00215	20%	12	0	1.000	0.04	71.90	71.90	0.01	0.0
			Fitomenadiona	Muerte infantil	0.00215	20%	12	0	1.000	0.04	71.90	71.90	0.01	0.0
			Resucitación	Muerte infantil	0.00215	5%	12	0	1.000	0.04	71.90	71.90	0.01	1.3
			EDAS	Muerte infantil	0.00215	25%	12	0	1.000	0.04	71.90	71.90	0.003	0.000
				Desnutrición	0.369	40%	12	2	0.106	0.04	71.90	71.90	0.7	0.3
				Días de enfermedad	0.4949	50%	12	3	0.106	0.04	71.90	0.02	0.1	9.4
			IRAS	Muerte infantil	0.00215	36%	12	0	1.000	0.04	71.90	71.90	0.00	0.3
				Desnutrición	0.369	40%	12	2	0.053	0.04	71.90	71.90	0.7	0.5

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
				Días de enfermedad	0.4949	50%	12	3	0.024	0.04	71.90	0.02	0.7	88.3
1-11 meses	Consejería CRED			Desnutrición	0.369	80%	130	38	0.053	0.45	71.49	71.49	0.001	0.2
	Consejería en alimentación			Desnutrición	0.369	80%	130	38	0.053	0.45	71.49	71.49	0.02	4.1
		CRED		Desnutrición	0.36	11%	130	5	0.053	0.45	71.49	71.49	0.04	4.7
		Sulfato ferroso		Anemia	0.555	75%	130	54	0.024	0.45	71.49	71.49	0.1	41.9
		Vitamina A		Anemia	0.555	75%	130	54	0.024	0.45	71.49	71.49	0.001	0.5
		Pentavalente + APO (1 - 3)		Difteria	0.00023	76%	130	0	0.231	0.45	71.49	0.08	0.1	41.9
		Antineumococo (1 - 2)		Neumonía	0.0001299	92%	130	0	0.280	0.45	71.49	0.12	0.1	41.9
		Rotavirus (1 - 2)		Diarrea	0.192	80%	130	20	0.106	0.45	71.49	0.02	0.0	0.0
		Hepatitis B		Hepatitis B	0.04217	95%	130	5	0.075	0.45	71.49	0.50	2.3	737.8
		Anti-influenza (1 - 2)		Influenza	0.15	90%	130	18	0.280	0.45	71.49	0.06	28.4	21.1
			EDAS	Muerte infantil	0.00215	25%	130	0	1.000	0.45	71.49	71.49	2.3	737.8
				Desnutrición	0.369	40%	130	19	0.106	0.45	71.49	71.49	2.3	737.8
				Días de enfermedad	0.4949	50%	130	32	0.106	0.45	71.49	0.02	0.03	9.1
			IRAS	Muerte infantil	0.00215	36%	130	0	1.000	0.45	71.49	71.49	2.3	737.8
				Desnutrición	0.369	40%	130	19	0.053	0.45	71.49	71.49	2.3	737.8
				Días de enfermedad	0.4949	50%	130	32	0.024	0.45	71.49	0.02	0.03	9.1
			Enfermedades parasitarias	Parasitosis	0.95	30%	130	37	0.090	0.45	71.49	71.49	0.1	41.9
			Desnutrición y anemia	Desnutrición	0.36	11%	130	5	0.053	0.45	71.49	71.49	0.7	0.0

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
1 - 4 años	Consejería CRED			Desnutrición	0.369	80%	607	179	0.053	2.61	69.33	69.33	0.01	0.0
	Consejería en Aliment.			Desnutrición	0.369	80%	607	179	0.053	2.61	69.33	69.33	0.01	0.0
	Cons. en salud bucal			Discapacidad	0.95	91%	607	525	0.081	2.61	69.33	69.33	0.01	1.3
		CRED		Desnutrición	0.369	80%	607	179	0.053	2.61	69.33	69.33	0.003	0.000
		Sulfato ferroso		Anemia	0.555	75%	607	253	0.024	2.61	69.33	69.33	0.7	0.3
		Vitamina A		Anemia	0.555	75%	607	253	0.024	2.61	69.33	69.33	0.1	9.4
		SPR		Sarampión	0.0010275	90%	607	1	0.152	2.61	69.33	0.06	0.00	0.3
				Rubeola	0.0005	90%	607	0	0.152	2.61	69.33	0.04	0.7	0.5
				Parotiditis	0.00217	90%	607	1	0.152	2.61	69.33	0.06	0.7	88.3
		Antineumococo		Neumonía	0.0001299	92%	607	0	0.280	2.61	69.33	0.12	0.001	0.2
		AMA		Fiebre amarilla	1.25E-06	95%	607	0	0.210	2.61	69.33	0.04	0.02	4.1
		DPT		Difteria	0.4	100%	607	243	0.231	2.61	69.33	0.04	0.04	4.7
				Tos Ferina	0.4	100%	607	243	0.231	2.61	69.33	0.04	0.1	41.9
				Tétanos	0.4	100%	607	243	0.231	2.61	69.33	0.04	0.001	0.5
				Mortalidad	0.0375	33%	607	8	1.000	2.61	69.33	69.33	0.1	41.9
		Anti-influenza		Influenza	0.15	95%	607	87	0.280	2.61	69.33	0.06	0.1	41.9
		Fluorización		Discapacidad	0.95	91%	607	525	0.081	2.61	69.33	69.33	0.0	0.0
		Expansión cobertura		Discapacidad	0.95	45%	607	260	0.081	2.61	69.33	69.33	2.3	737.8
		Profilaxis antiparasitaria		Parasitosis	0.95	30%	607	173	0.090	2.61	69.33	69.33	28.4	21.1
			EDAS	Muerte infantil	0.00215	25%	607	0	1.000	2.61	69.33	69.33	2.3	737.8
				Desnutrición	0.369	40%	607	90	0.106	2.61	69.33	69.33	2.3	737.8
				Días de Enferm.	0.4949	50%	607	150	0.106	2.61	69.33	0.02	0.03	9.1
			IRAS	Muerte infantil	0.00215	36%	607	0	1.000	2.61	69.33	69.33	2.3	737.8
				Desnutrición	0.369	40%	607	90	0.053	2.61	69.33	69.33	2.3	737.8

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
				Días de Enferm.	0.4949	50%	607	150	0.024	2.61	69.33	0.02	0.03	9.1
			Desnutrición y anemia	Desnutrición	0.369	80%	607	179	0.053	2.61	69.33	69.33	0.1	41.9
			Caries	Discapacidad	0.95	91%	607	525	0.081	2.61	69.33	69.33	0.7	0.0
			Enfermedades de las encías	Discapacidad	0.95	91%	607	525	0.081	2.61	69.33	69.33	0.01	0.0
			Restauración	Discapacidad	0.95	91%	607	525	0.081	2.61	69.33	69.33	0.01	0.0
			Exodoncia	Discapacidad	0.95	91%	607	525	0.081	2.61	69.33	69.33	0.01	1.3
5 - 11 años	Consejería en alimentación			Desnutrición	0.369	80%	1,201	354	0.053	8.12	63.82	63.82	0.003	0.000
	Consejería en salud bucal			Discapacidad	0.95	91%	1,201	1,038	0.081	8.12	63.82	63.82	0.7	0.3
		CRED		Desnutrición	0.369	80%	1,201	354	0.053	8.12	63.82	63.82	0.1	9.4
		Fluorización		Discapacidad	0.95	91%	1,201	1,038	0.081	8.12	63.82	63.82	0.00	0.3
		Profilaxis antiparasitaria		Desnutrición	0.369	80%	1,201	354	0.024	8.12	63.82	63.82	0.7	0.5
				Infección Intestinal	0.95	30%	1,201	342	0.090	8.12	63.82	0.02	0.7	88.3
			EDAS	Muerte infantil	0.00215	25%	1,201	1	1.000	8.12	63.82	63.82	0.001	0.2
				Desnutrición	0.369	40%	1,201	177	0.106	8.12	63.82	63.82	0.02	4.1
				Días de enfermedad	0.4949	50%	1,201	297	0.106	8.12	63.82	0.02	0.04	4.7
			IRAS	Muerte infantil	0.00215	36%	1,201	1	1.000	8.12	63.82	63.82	0.1	41.9
				Desnutrición	0.369	40%	1,201	177	0.053	8.12	63.82	63.82	0.001	0.5
				Días de enfermedad	0.4949	50%	1,201	297	0.024	8.12	63.82	0.02	0.1	41.9
			Enfermedades parasitarias	Parasitosis	0.95	30%	1,201	342	0.090	8.12	63.82	63.82	0.1	41.9
			Desnutrición y anemia	Desnutrición	0.369	80%	1,201	354	0.024	8.12	63.82	63.82	0.0	0.0

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
			Atención de patología odontoestomatológica	Discapacidad	0.95	91%	1,201	1,038	0.081	8.12	63.82	63.82	2.3	737.8
			Caries	Discapacidad	0.95	91%	1,201	1,038	0.081	8.12	63.82	63.82	28.4	21.1
			Enfermedades de las encias	Discapacidad	0.95	91%	1,201	1,038	0.081	8.12	63.82	63.82	2.3	737.8
			Restauración	Discapacidad	0.95	91%	1,201	1,038	0.081	8.12	63.82	63.82	2.3	737.8
			Exodoncia	Discapacidad	0.95	91%	1,201	1,038	0.081	8.12	63.82	63.82	0.03	9.1
12 . 14 años	Consejería en alimentación			Desnutrición	0.369	80%	624	184	0.024	13.00	58.94	58.94	2.3	737.8
	Consejería en salud bucal			Discapacidad	0.95	91%	624	540	0.081	13.00	58.94	58.94	2.3	737.8
		CRED		Desnutrición	0.369	80%	624	184	0.024	13.00	58.94	58.94	0.03	9.1
		Fluorización		Discapacidad	0.95	91%	624	540	0.081	13.00	58.94	58.94	0.1	41.9
		Sellado de piezas dentarias		Discapacidad	0.95	91%	624	540	0.081	13.00	58.94	58.94	0.7	0.0
		Expansión cobertura		Discapacidad	0.95	35%	624	208	0.081	13.00	58.94	58.94	0.01	0.0
			EDAS	Muerte infantil	0.00215	25%	624	0	1.000	13.00	58.94	58.94	0.01	0.0
				Desnutrición	0.369	40%	624	92	0.106	13.00	58.94	58.94	0.01	1.3
				Días de enfermedad	0.4949	50%	624	154	0.106	13.00	58.94	0.02	0.003	0.000
			IRAS	Muerte infantil	0.00215	36%	624	0	1.000	13.00	58.94	58.94	0.7	0.3
				Desnutrición	0.369	40%	624	92	0.053	13.00	58.94	58.94	0.1	9.4
				Días de enfermedad	0.4949	50%	624	154	0.024	13.00	58.94	0.02	0.00	0.3
			Enfermedades parasitarias	Parasitosis	0.95	30%	624	178	0.090	13.00	58.94	58.94	0.7	0.5
			Desnutrición y anemia	Desnutrición	0.369	80%	624	184	0.024	13.00	58.94	58.94	0.7	88.3
			Caries	Discapacidad	0.95	91%	624	540	0.081	13.00	58.94	58.94	0.001	0.2

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
			Enfermedades de las encias	Discapacidad	0.95	91%	624	540	0.081	13.00	58.94	58.94	0.02	4.1
			Restauración	Discapacidad	0.95	91%	624	540	0.081	13.00	58.94	58.94	0.04	4.7
			Exodoncia	Discapacidad	0.95	91%	624	540	0.081	13.00	58.94	58.94	0.1	41.9
15 - 19 años	Consejería en alimentación			Desnutrición	0.369	80%	810	239	0.024	16.80	55.14	55.14	0.001	0.5
	Consejería en salud bucal			Discapacidad	0.95	91%	810	701	0.081	16.80	55.14	55.14	0.1	41.9
		CRED		Desnutrición	0.369	80%	810	239	0.024	16.80	55.14	55.14	0.1	41.9
		Fluorización		Discapacidad	0.95	91%	810	701	0.081	16.80	55.14	55.14	0.0	0.0
		Antitetánica 1era dosis		Mortalidad	0.0000575	33%	810	0	1.000	16.80	55.14	55.14	2.3	737.8
		Antitétanica 2da dosis		morbiidad	0.00023	80%	810	0	0.636	16.80	55.14	0.03	28.4	21.1
		Antitetánica 3era dosis		morbilidad	0.00023	98%	810	0	0.636	16.80	55.14	0.03	2.3	737.8
		Sarampion		Sarampión	0.0010275	76%	810	1	0.152	16.80	55.14	0.06	2.3	737.8
		Rubeola		Rubeola	0.0005	90%	810	0	0.152	16.80	55.14	0.08	0.03	9.1
		Hepatitis B		Hepatitis B	0.04217	100%	810	34	0.075	16.80	55.14	0.50	2.3	737.8
		Fiebre amarilla		Fiebre amarilla	1.25E-06	95%	810	0	0.170	16.80	55.14	0.03	2.3	737.8
			EDAS	Muerte infantil	0.00215	25%	810	0	1.000	16.80	55.14	55.14	0.03	9.1
				Desnutrición	0.369	40%	810	120	0.106	16.80	55.14	55.14	0.1	41.9
				Días de Enferm.	0.4949	50%	810	201	0.106	16.80	55.14	0.02	0.7	0.0
			IRAS	Muerte infantil	0.00215	36%	810	1	1.000	16.80	55.14	55.14	0.01	0.0
				Desnutrición	0.369	40%	810	120	0.053	16.80	55.14	55.14	0.01	0.0
				Días de Enferm.	0.4949	50%	810	201	0.024	16.80	55.14	0.02	0.01	1.3
			Enfermedades parasitarias	Parasitosis	0.95	30%	810	231	0.090	16.80	55.14	55.14	0.003	0.000
			Desnutrición y	Desnutrición	0.369	80%	810	239	0.024	16.80	55.14	55.14	0.7	0.3

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
			anemia											
			Caries	Discapacidad	0.95	91%	810	701	0.081	16.80	55.14	55.14	0.1	9.4
			Enfermedades de las encías	Discapacidad	0.95	91%	810	701	0.081	16.80	55.14	55.14	0.00	0.3
			Restauración	Discapacidad	0.95	91%	810	701	0.081	16.80	55.14	55.14	0.7	0.5
			Exodoncia	Discapacidad	0.95	91%	810	701	0.081	16.80	55.14	55.14	0.7	88.3
20 - 59 años	Consejería en alimentación			Desnutrición	0.369	80%	3,085	911	0.024	37.52	34.42	34.42	0.001	0.2
	Consejería en salud bucal			Discapacidad	0.95	91%	3,085	2,667	0.081	37.52	34.42	34.42	0.02	4.1
		Antitetánica 1era dosis		Mortalidad	0.0000575	33%	3,085	0	1.000	37.52	34.42	34.42	0.04	4.7
		Antitétanica 2da dosis		morbiidad	0.00023	80%	3,085	1	0.636	37.52	34.42	0.03	0.1	41.9
		Antitetánica 3era dosis		morbilidad	0.00023	98%	3,085	1	0.636	37.52	34.42	0.03	0.001	0.5
		Fiebre amarilla		Fiebre Amarilla	1.25E-06	95%	3,085	0	0.170	37.52	34.42	0.03	0.1	41.9
		Toma de papanicolau		Mortalidad	0.000102	90%	3,085	0	1.000	37.52	34.42	34.42	0.1	41.9
				NM Cervix	0.0003703	32%	3,085	0	0.500	37.52	34.42	34.42	0.0	0.0
			EDAS	Muerte infantil	0.00215	25%	3,085	2	1.000	37.52	34.42	34.42	2.3	737.8
				Desnutrición	0.369	40%	3,085	455	0.106	37.52	34.42	34.42	28.4	21.1
				Días de enfermedad	0.4949	50%	3,085	763	0.106	37.52	34.42	0.02	2.3	737.8
			IRAS	Muerte infantil	0.00215	36%	3,085	2	1.000	37.52	34.42	34.42	2.3	737.8
				Desnutrición	0.369	40%	3,085	455	0.053	37.52	34.42	34.42	0.03	9.1
				Días de enfermedad	0.4949	50%	3,085	763	0.024	37.52	34.42	0.02	2.3	737.8
			Enfermedades parasitarias	Parasitosis	0.95	30%	3,085	879	0.090	37.52	34.42	34.42	2.3	737.8
			Desnutrición y	Desnutrición	0.369	80%	3,085	911	0.024	37.52	34.42	34.42	0.03	9.1

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
			anemia											
			Caries	Discapacidad	0.95	91%	3,085	2,667	0.081	37.52	34.42	34.42	0.1	41.9
			Enfermedades de las encias	Discapacidad	0.95	91%	3,085	2,667	0.081	37.52	34.42	34.42	0.7	0.0
			Restauración	Discapacidad	0.95	91%	3,085	2,667	0.081	37.52	34.42	34.42	0.01	0.0
			Exodoncia	Discapacidad	0.95	91%	3,085	2,667	0.081	37.52	34.42	34.42	0.01	0.0
Gestantes	Consejería en alimentación			Desnutrición	0.3	10%	371	11	0.024	29.25	43.62	43.62	0.01	1.3
		Control prenatal		Mortalidad materna	0.00103	10%	371	0	0.380	29.25	43.62	43.62	0.003	0.000
		Suplemento de hierro		Anemia	0.043	54%	371	9	0.092	29.25	43.62	0.17	0.7	0.3
		Acido fólico		Mortalidad (defecto tubo neural)	0.00103	72%	371	0	0.593	29.25	43.62	43.62	0.1	9.4
				Anemia	0.043	54%	371	9	0.092	29.25	43.62	0.17	0.00	0.3
		Antitetánica 1era dosis		Mortalidad	0.0000575	33%	371	0	1.000	29.25	43.62	43.62	0.7	0.5
		Antitetánica 2da dosis		Morbilidad	0.00023	80%	371	0	0.636	29.25	43.62	0.03	0.7	88.3
		Antitetánica 3era dosis		Morbilidad	0.00023	98%	371	0	0.636	29.25	43.62	0.03	0.001	0.2
		Fluorización		Discapacidad	0.95	91%	371	321	0.081	29.25	43.62	43.62	0.02	4.1
			Atención del parto	Muerte materna	0.0025	80%	371	1	1.000	29.25	43.62	43.62	0.04	4.7
			Atención de patología odontoestomatológica	Discapacidad	0.95	91%	371	321	0.081	29.25	43.62	43.62	0.1	41.9
			Caries	Discapacidad	0.95	91%	371	321	0.081	29.25	43.62	43.62	0.001	0.5

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
			Enfermedades de las encias	Discapacidad	0.95	91%	371	321	0.001	29.25	43.62	43.62	0.1	41.9
			Restauración	Discapacidad	0.95	91%	371	321	0.081	29.25	43.62	43.62	0.1	41.9
			Exodoncia	Discapacidad	0.95	91%	371	321	0.081	29.25	43.62	43.62	0.0	0.0
			Profilaxis	Discapacidad	0.95	91%	371	321	0.001	29.25	43.62	43.62	2.3	737.8
60 o más	Consejería en salud bucal			Discapacidad	0.95	91%	879	760	0.081	70.90	1.04	1.04	28.4	21.1
		Antitetánica 1era dosis		Mortalidad	0.0000575	33%	879	0	1.000	70.90	1.04	1.04	2.3	737.8
		Antitétanica 2da dosis		morbiidad	0.00023	80%	879	0	0.636	70.90	1.04	0.03	2.3	737.8
		Antitetánica 3era dosis		morbilidad	0.00023	98%	879	0	0.636	70.90	1.04	0.03	0.03	9.1
		Vacuna contra la influenza		Influenza	0.15	90%	879	119	0.280	70.90	1.04	0.06	2.3	737.8
		Fiebre amarilla		Fiebre amarilla	1.25E-06	95%	879	0	0.170	70.90	1.04	0.03	2.3	737.8
			EDAS	Muerte	0.00215	25%	879	0	1.000	70.90	1.04	1.04	0.03	9.1
				Desnutrición	0.369	40%	879	130	0.106	70.90	1.04	1.04	0.1	41.9
				Días de enfermedad	0.4949	50%	879	217	0.106	70.90	1.04	0.02	0.7	0.0
			IRAS	Muerte	0.00215	36%	879	1	1.000	70.90	1.04	1.04	0.01	0.0
				Desnutrición	0.369	40%	879	130	1.000	70.90	1.04	1.04	0.01	0.0
				Días de enfermedad	0.4949	50%	879	217	0.053	70.90	1.04	0.02	0.01	1.3
			Enfermedades parasitarias	Parasitosis	0.95	30%	879	250	0.024	70.90	1.04	1.04	0.003	0.000
			Desnutrición y anemia	Desnutrición	0.369	40%	879	130	0.053	70.90	1.04	1.04	0.7	0.3

Etapa vida	Promoción	Prevención	Recuperación	Evita	Incidencia	Efectividad	Población	N° casos	Peso discapacidad	Edad promedio del grupo afectado	Esperanza de vida del grupo afectado	Duración promedio de la discapacidad	AVISAS	AVISAS Totales
			Caries	Discapacidad	0.95	91%	879	760	0.081	70.90	1.04	1.04	0.1	9.4
			Enfermedades de las encias	Discapacidad	0.95	91%	879	760	0.001	70.90	1.04	1.04	0.00	0.3
			Restauración	Discapacidad	0.95	91%	879	760	0.081	70.90	1.04	1.04	0.7	0.5
			Exodoncia	Discapacidad	0.95	91%	879	760	0.081	70.90	1.04	1.04	0.7	88.3

Los costos de la estrategia AISPED

Usualmente los costos son clasificados como directos e indirectos. Pero antes de ello, dado que este no es solo un estudio de costos, sino de costo – efectividad, se consideran dos tipos de costos: los costos producidos por la operación de AISPED (directos e indirectos) y el ahorro de costos que genera esta estrategia.

Los costos de operación

Naturalmente, al considerar los costos de AISPED, se deben considerar los costos de operación de la estrategia. Estos costos serán clasificados como directos, aquellos en los que se incurre directamente por la operación de AISPED, y los indirectos, aquellos que no son parte directa de la producción de servicios de AISPED, pero que los usuarios o la sociedad incurre para que se lleven a cabo las atenciones de salud.

Costos directos

Los costos directos son los que se asume directamente por la implementación de la estrategia, los costos asociados con la función de producción de los servicios:

- los salarios de los recursos humanos de la AISPED,
- el equipamiento necesario,
- el gasto de traslado del equipo,
- los gastos administrativos de coordinación y supervisión de la estrategia,
- entre otros.

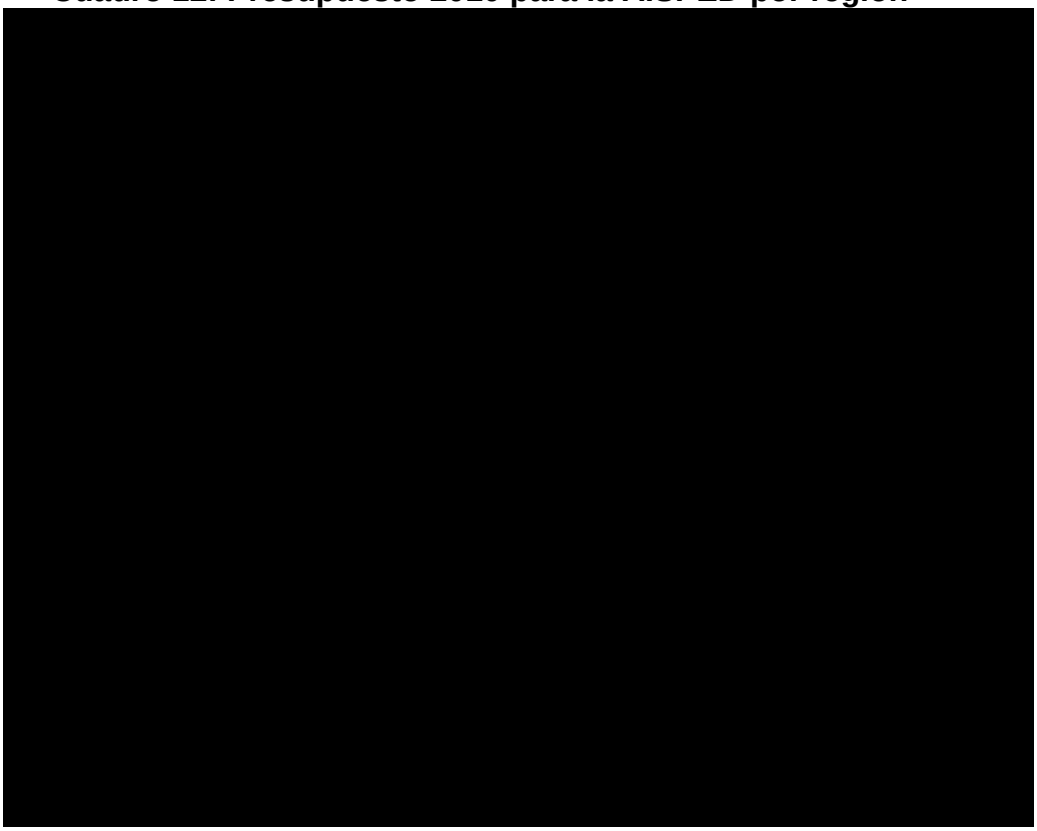
Se puede decir que los costos directos son todos aquellos que impliquen un desembolso de dinero.

En principio, resulta muy sencillo obtener la información del costo de la AISPED a través de la aprobación presupuestal del año 2010. En este año, la formulación presupuestal no se realizó sobre la base de datos históricos, sino que implicó un cálculo real de los recursos necesarios para la operación de la estrategia.[10] De esta manera, se aprobaron poco más de S/. 23 millones en la Ley de presupuesto fiscal del

[10] Álvaro Velezmoro realiza una sistematización de dicho proceso. Los datos presentados en esta sección han sido tomados de este informe.

año 2010. El Cuadro 12 detalla la asignación de dicho presupuesto por cada región del país:

Cuadro 12: Presupuesto 2010 para la AISPED por región



Fuente: MINSA.

Elaboración: Velezmoro (2010)

Sin embargo, incluso siendo estos los recursos asignados a la estrategia AISPED, estos se encuentran subestimados. Por ejemplo, los medicamentos y otros insumos que se utilizan en la operación de AISPED no son incluidos en este presupuesto debido a que generalmente ellos son transferidos directamente desde el Ministerio de Salud a las Direcciones Regionales de Salud en todo el país. Dado que esta transferencia no se registra en una partida exclusiva en el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), no es posible estimar el valor de estos importantes insumos. De igual manera, algunos gastos de translado y movilidad no son incluidos en el presupuesto presentado en el Cuadro 12.

Debido a esta imprecisión, el proyecto Umbral recogió directamente información en la región de Huánuco.[11] Esta estimación sí recoge información sobre el personal, instrumental, medicamentos y otros insumos, transporte, indumentaria y equipo, etc. que son utilizados en la operación de cada brigada. Incluso, se consideran algunos costos indrectos como personal indirecto, principalmente de coordinación administrativa, e infraestructura. El Cuadro 13 muestra los resultados de este trabajo.

Se estima que los costos directos e indirectos de operación de las brigadas AISPED en Huánuco son de S/. 202,353 ó S/. 2.4 millones al año.

Costos indirectos

Los costos indirectos son aquellos en los que no se incurren en la operación de los servicios, pero que económicamente son relevantes para la toma de decisiones de los pacientes. El ejemplo más común es el valor del tiempo de los pacientes.

Dado que la estrategia de AISPED implica la visita del equipo de profesionales de salud a la comunidad donde residen los pacientes, se considera que el costo de traslado de estos últimos es insignificante. Sin embargo, se puede argumentar que el tiempo que los pacientes dedican a la atención por la AISPED debe ser valorizado. Dado que no se cuenta con información del tiempo promedio de esta atención y del valor de este tiempo, no es posible realizar esta estimación.

[11] Proyecto Umbral (2010a).

Cuadro 13: Costos mensuales de la operación de las brigadas AISPED – Huánuco

Brigada	Personal directo	Instrumental	Insumos y medicinas	Transporte	Indumentaria	Útiles de escritorio y material de embalaje	Alimentación	Costo directo	Personal indirecto	Infraestructura	Costo indirecto	Costo Total
Llacsa Sirabamba - AISPED I	12,500	425	659	530	999	398	1,500	17,011	462	18	480	**17,491**
Utao-Derrepente - AISPED II	12,500	425	786	670	1,064	398	1,500	17,343	462	18	480	**17,823**
Ayanacocha alta - AISPED III	12,500	425	1838	1290	999	398	1,500	18,950	462	18	480	**19,430**
Jesus Cauri - AISPED IV	12,500	425	966	770	999	398	1,500	17,557	462	18	480	**18,038**
San Pedro de Cholon - AISPED V	12,500	425	915	955	999	398	1,500	17,691	462	18	480	**18,171**
Valle del Tazo Chico - AISPED VI	12,500	425	917	405	1,064	398	1,500	17,209	462	18	480	**17,689**
Patay Rondos AISPED VII	12,500	425	1,089	960	999	398	1,500	17,871	462	18	480	**18,351**
Tournavista-Honoria	12,500	425	1,948	2,715	1,046	398	1,500	20,532	462	18	480	**21,013**
Santa Martha - Codo del Pozuzo	12,500	425	685	1,980	1,046	398	1,500	18,534	462	18	480	**19,014**
Yuyapichis	12,500	425	763	1,160	1,046	398	1,500	17,792	462	18	480	**18,272**
Alto San Juan de Tulumayo	12,500	425	407	305	1,046	398	1,500	16,581	462	18	480	**17,061**

Brigada	Personal directo	Instrumental	Insumos y medicinas	Transporte	Indumentaria	Útiles de escritorio y material de embalaje	Alimentación	Costo directo	Personal indirecto	Infraestructura	Costo indirecto	Costo Total
Total General	137,500	4,675	10,972	11,740	11,307	4,378	16,500	197,071	5,081	200	5,281	**202,353**

Fuente: Brigadas AISPED – Huánuco.

Elaboración: Proyecto Umbral.

Ahorro de costos

Por otro lado, el ahorro de costos futuros sí puede ser considerado en cierta medida. Este ahorro se refiere al ahorro que acceder a la estrategia AISPED puede generar para el Estado, y la sociedad en general, en comparación con no realizar campañas de atención a esta población. Para estimar estos costos se requieren de algunos supuestos:

- por la naturaleza de esta población, se asume que de no contar con la AISPED, esta población no acudiría a un establecimiento de salud, salvo en casos de emergencia,
- en la medida que esta población acceda a los servicios de la AISPED, los casos de emergencia serían evitados a un mínimo, dado que se impediría el deterioro significativo de la salud de esta población,
- en el marco del aseguramiento universal, todos tenemos el derecho de un paquete de servicios de salud: el plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS), el cual es reemplazado, al menos en su componente de primer nivel de atención, por la cartera de servicios de la AISPED para esta población

Entonces, resulta directa la inferencia que el ahorro generado por la estrategia AISPED es el PEAS. Es decir, dado que esta población accede a la cartera de servicios de salud de AISPED, se evita que ella requiera del PEAS.[12]

Dado que nuestra unidad temporal de análisis es un año, se estima que el ahorro por AISPED es el costo actuarial de un año del PEAS correspondiente al primer nivel de atención: S/. 124[13]. Por la naturaleza de la salud y su mantenimiento (y recuperación) a través de servicios de salud, se asume que para lograr este ahorro, se debe brindar anualmente el paquete del AISPED para la población en análisis. En este sentido, con la operación de un año de la AISPED, se logra un ahorro del costo anual del PEAS; en el siguiente año para ahorrar este costo se deberá volver a acceder al paquete AISPED.

Entonces, el ahorro obtenido por la implementación de la estrategia AISPED es de S/. 911,152, los cuales resultan de multiplicar S/. 124 por 7,348, la población objetivo de AISPED en el ámbito de estudio.

[12] Si bien esta conclusión resulta muy poco precisa, ya que implica que ambas carteras de servicios son equivalentes, es la única que permite estimar este ahorro.
[13] El Ministerio de Salud estima que el PEAS aprobado, el cual brinda cobertura al 65% de la carga de enfermedad, tiene un costo anual per cápita de S/. 280. De este monto total, se estima que S/. 124 corresponden a la atención en el primer nivel de servicios de salud.

Costos de AISPED

Los costos totales de AISPED en un año son S/. 1,517,081, los cuales resultan de restar el ahorro de S/. 911,152 de los S/. 2,428,233 que implican la operación de la estrategia.

Este costo total tiene dos interpretaciones. En primer lugar, puede considerarse que éste es un costo neto. Es decir, éste es el resultado de considerar el costo anual de operación de más de S/. 2.4 millones con el beneficio de la intervención que implica un ahorro anual de más de S/. 911 mil.

Por otro lado, también puede considerarse que éste es el costo marginal de AISPED en el ámbito de estudio. Es decir, este el el costo adicional que implica la implementación de AISPED para esta población. Nuestro caso de comparación es no implementar AISPED, o no implementar ninguna estrategia para brindar servicios a esta población más allá de los servicios de oferta fija. En este caso, el costo de atender a esta población, en el primer nivel, es de S/. 124 por persona ó S/. 911 mil en total. En la medida que AISPED implica un mayor costo, se tiene que el costo adicional que implica la implementación de AISPED es de S/. 1.5 millones aproximadamente.

Estimación del indicador costo – efectividad

Se estima que la AISPED tiene un costo neto de S/. 1,517,081 y que con ello produce 99,153 años adicionales de vida ajustados por discapacidad. Con esta información es posible calcular el ICER:

$$ICER = \frac{1{,}517{,}081 - 0}{99{,}153 - 0} = 15.3$$

Entonces, se estima que cada año adicional de vida ajustado por discapacidad que se gana a través de la AISPED tiene un costo de S/. 15.3.

Limitaciones

El indicador de ICER que se ha calculado tiene algunas limitaciones

- En primer lugar, debido a la naturaleza de la población objetivo de AISPED, no existe información sobre el número de esta población. Se ha aproximado este dato con información sobre 'población asignada' registrada por la propia estrategia: 7 mil personas. Con este dato y con la proporción de personas en las áreas rurales se obtuvo la población a la que se va llegar con cada una de las intervenciones por grupo de edad. Se prevé que esta aproximación subestime la efectividad potencial de la intervención, ya que se espera que la verdadera población objetivo sea mayor a las 7 mil personas estimadas por la población asignada.
- No se ha accedido a información oficial acerca de los datos de la población dispersa para el año 2009. Por este motivo se ha trabajado con la ENAHO 2009. Si embargo, empleando los factores de expansión la población total según esta encuesta supera los 32 millones de personas lo cual significa un 16% de crecimiento acumulado en dos años. Sin embargo, esta información se empleó para obtener el promedio de cada grupo de edad para lo cual se emplearon las proporciones poblacionales para cada grupo de edad.
- Para el caso de las gestantes esta extrapolación aproximó un total de 7,300 gestantes. Este dato se agregó a las 142 mil personas con las que se hizo la estimación inicial. Para el caso que convoca este trabajo esto no representa un grave problema pues las atenciones para gestantes son específicas y no se repiten en ninguna de las etapas de vida con las que se está trabajando.
- No se ha podido acceder a las estimaciones oficiales de la esperanza de vida al nacer para las poblaciones en áreas rurales ni para la población femenina en estas áreas. Por este motivo, se hizo un promedio ponderado de la esperanza de vida departamental del año 2009 tomando como ponderador a la proporción

de población que vivía en áreas rurales y a la proporción de mujeres por cada departamento.[14]

- Las estimaciones de efectividad, duración de la discapacidad y los pesos de la discapacidad no corresponden al ámbito nacional, sino han sido obtenidas de la literatura internacional. Ello implica que es posible que estos datos sean distintos en el Perú.
- Más aún, se espera que los datos de efectividad de los servicios de salud sean muy distintos entre los que reflejan los estudios de donde se obtuvieron los datos y el ámbito en donde AISPED trabaja. Por un lado, la población tiene características muy distintas, presumiblemente la población dispersa, cuya condición de vida en promedio es más precaria, tiene un estado de salud deteriorado. Por otro lado, los servicios también son de distintas características, ya que las estimaciones obtenidas se basan en atenciones realizadas en servicios de oferta fija.
- Los datos de la incidencia para cada una de las etapas de vida no se han podido obtener de manera diferenciada para cada etapa de vida. En estos casos, se ha considerado que la incidencia es constante. Es decir, que el dato de incidencia que se encontró para la población en general o algún grupo etáreo específico es válido para los todos los grupos de edades.
- Finalmente, dado que la información con la que trabaja el estudio proviene de las brigadas AISPED de Huánuco, el estudio limita sus resultados a este ámbito.

A pesar de estas limitaciones, se considera que el resultado obtenido brinda una aproximación cercana a la efectividad de la estrategia AISPED. A pesar que se sugiere actualizar el resultado obtenido en la medida que la información base pueda ser obtenida de manera precisa, se considera que este resultado puede orientar la toma de decisiones. De hecho, es la mejor aproximación dadas las circunstancias del estudio.

[14] UNFPA – Perú cuenta con una estimación de este tipo, pero el dato tiene como referencia el Censo Anterior al del 2007.

Conclusiones

AISPED es una estrategia de inclusión social para la población dispersa que enfrenta verdaderas barreras de acceso a los servicios de salud. Por definición, AISPED es el mecanismo que tiene el Estado peruano para garantizar que las comunidades que viven significativamente alejadas de un establecimiento de salud tengan acceso a servicios de salud.

Esta estrategia es usualmente criticada por su alto costo, en comparación con los servicios de oferta fija. Sin embargo, esta comparación es técnicamente inválida. Es entonces que el presente estudio pretende brindar un enfoque distinto que aporte con la discusión sobre la pertinencia de esta estrategia. La evaluación de costo – efectividad que se conduce tiene como objetivo estimar el costo que implica AISPED en comparación con los beneficios y efectividad que ésta produce.

Así, se estima que en el año 2010, las brigadas de AISPED en Huánuco generaron 99,153 años de vida ajustados por discapacidad adicionales. El costo de operación de AISPED - Huánuco se estima en poco más de S/. 2.4 millones al año, pero también se estima que ello implica un ahorro de S/. 911 mil.

Con esta información, se concluye que a al Estado le cuesta S/. 15.3 cada año adicional de vida ajustado por discapacidad que se gana a través de la AISPED.

Como se discutió en la segunda sección, un análisis de costo – efectividad tiene la dificultad de no brindar una conclusión directa sobre la 'conveniencia' de esta estrategia. Esta dificultad radica en que el resultado obtenido debe compararse con el valor que la sociedad le otorga a un año adicional de vida de la población objetivo de AISPED. Dado que este valor, además de controversial, no ha sido estimado, se deja al jucio del lector esta conclusión final.

Sin embargo, el resultado obtenido le da al autor del estudio la posibilidad de expresar su opinión y concluir que AISPED es una estrategia altamente costo – efectiva. Si bien no se cuenta con una estimación del valor de un AVISA, es altamente confiable decir que la sociedad peruana valora esta año adicional muy por encima de S/. 16. De esta manera, se concluye que está justificada la operación de las brigadas AISPED abjo un criterio de eficiencia, de costo – efectividad.

Si bien el estudio presenta limitaciones, la mayoría de ellas lleva a subestimar la efectividad y beneficios de AISPED. Incluso, si se considerase que AISPED no genera ningún ahorro, a través de los servicios de oferta fija que se tendrían que brindar, el ICER aumentaría a S/. 24.5. Este puede ser considerado como un límite superior de la estimación de este indicador, ya que es extremadamente conservador no considerar ningún beneficio a través de ahorro de costos generados por AISPED. Incluso en este caso, el autor se atreve a sugerir que AISPED es beneficiosa para el Perú.

Bibliografía

Beltrán, Arlette (2006). *Guía de Identificación, Formulación y Evaluación Social de Proyectos de Inversión Pública del Sector Salud a nivel de Perfil*. MEF – DGPM: LIMA.

Cabezas, César (2007). "Hepatitis viral B y delta en el Perú: Epidemiología y bases para su control" en *Revista Peruana de Epidemiología*. UNMSM: Lima.

Drummond, Michael. "Allocating Resources," en *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. Vol. 6 (1990), pp. 77-92.

Gold, Marthe R. et al. "Cost-Effectiveness" en *Health and Medicine*. New York: Oxford, 1996, capítulos 4-6.

INEI (2009). *Perú: Estimaciones y proyecciones de población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad 1995 -2025*. INEI – UNFPA: Lima.

INEI (2008) Censos de población y vivienda INEI, Lima

INEI (2008b). *Indicadores de resultados identificados en los programas estratégicos*. ENDES, Línea de Base INEI, Lima

Murray CJL, López AD editors (1996). *The Global Burden of Disease and Injury Series. Volumen I*. World Health Organization - Harvard University Press: Cambridge.

Murray CJL (1995). "Cuantificación de la carga de enfermedad: la base téhica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad" en *Boletín de la Oficina Sanidad Panamá*. OSP: Panamá, Vol. 118 (3)

Organización Mundial de la Salud (2003) *Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results*. OMS, Génova.

Proyecto Umbral (2010a). *Estimación de costos de las brigadas AISPED en Huánuco, Agosto 2010*.

Proyecto Umbral (2010b). *Reporte de atendidos y atenciones de la AISPED 2009 – 2010*.

Seuc, Armando, Emma Dominguez y Oscar Diaz (2000). "Introducción a los DALY's" en *Revista Cubana de Epidemiología*. INE: La Habana, Vol 38(2) pp 92-101.

Velezmoro, Álvaro. *Sistematización de la experiencia presupuestal 2009 y 2010 de la Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas- AISPED*. Documento interno de Abt Associates. Marzo de 2010. Pp. 73.

Weinstein, Milton y William Stason. "Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices," en *New England Journal of Medicine*. Vol. 296:13 (31 de Marzo de 1977), pp. 716-721.

Referencias electrónicas

Diario La República: Prevención de IRA's

http://www.larepublica.pe/sociedad/10/05/2010/minsa-recomienda-prevenir-contagio-de-iras-en-menores

Diario El Comercio: Incidencia de Tuberculosis

http://elcomercio.pe/noticia/262021/peru-segundo-pais-sudamerica-incidencia-tuberculosis

Dirección General de Epidemiología

www.dge.gob.pe

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática – INEI

www.inei.gob.pe

Ministerio de Salud Del Perú

www.minsa.gob.pe

Estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis

http://www.minsarsta.gob.pe/redtupacamaru/estrategias_tbc_lineas_accion.htm

Web de Salud Dmedicina - Meningitis

http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/meningitis

Hepatitis, causas y tratamiento

http://www.botanical-online.com/medicinalshepatitis.htm

Sociedad de medicina del trabajo – Difteria

http://www.sometracomahue.org.ar/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=79:difteria-notificacion-de-casos-en-bolivia-julio-2010&catid=23:comunicados-oficial

Asociación española de pediatría de atención primaria – Neumonía

http://www.aepap.org/familia/neumonia.htm

Departamento de gastroenterología. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile

http://www.gastrouc.cl/diarrea.htm

Guía Infantil – Influenza porcina

http://www.guiainfantil.com/blog/265/sintomas-de-la-influenza-porcina-en-bebes.html

Revista Salud y Sociedad – Sarampión

http://www.salud.bioetica.org/sarampion.htm

Kids Health – Rubeola

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/infecciones/german_measles_esp.html

Programa de enfermedades infecciosas de la Pontificia Universidad Católica de Chile – Fiebre amarilla

http://virus.med.puc.cl/viajero/f_amarilla.html

Asociación española de vacunas

http://www.vacunasaep.org/pdf/tetanos.pdf

Mortalidad Materna – Nota Diario La República

http://www.larepublica.pe/sociedad/13/05/2010/peru-reduciria-mortalidad-materna-en-el-2012

Annex No. 11: Lessons Learned in the Implementation of the Immunization Management Diploma Program in virtual mode

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

ATENCION INTEGRAL A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

INFORME FINAL DE CONSULTORIA.

Lic. Admin. Carlos Bendezú Watanabe

Noviembre 2010

Un agradecimiento especial a los siguientes Asesores Regionales del Proyecto UMBRAL que apoyaron con su apoyaron con su valiosa experiencia, sus aportes y sugerencias en la construcción de los documentos que forman parte de la Consultoría:

Dr. José Aparcana Gomez. Coordinador Regional de Ayacucho.

Lic. Nelly Zarzoza de Rivera. Coordinadora regional de Ancash.

Dra. Zoila Vigo Obando. Coordinadora Regional de Cajamarca.

Dra. Zonia Rozas Huacho. Coordinadora Regional de Apurímac, Cuzco y Madre de Dios.

Dr. Dante Polloyqueri Mamani. Coordinador Regional de Puno

ATENCION INTEGRAL A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

INFORME FINAL DE CONSULTORIA.

I. Introducción.

En atención al contrato con el Proyecto UMBRAL-INMUNIZACIONES de USAID, cumplo con hacerle llegar el Informe Final de la Consultoría que contiene el análisis de la norma vigente que regula el funcionamiento de los Equipos de Atención Itinerantes en salud a poblaciones excluidas y dispersas.- AISPED.; las propuestas para su modificación así como el plan de implementación de las propuestas.

El consultor ha revisado la normativa que permite el funcionamiento de los AISPED; los mecanismos e instrumentos definidos para su implementación; la revisión de los planes anuales de intervención en poblaciones excluidas y dispersas igualmente se revisó la normativa que regula el funcionamiento de experiencias similares en México, Bolivia, Ecuador, Honduras y Nicaragua

Deleted:

Para el desarrollo de las actividades, el consultor realizó un trabajo de análisis, propuesta en gabinete y coordinación a distancia y una ronda de viajes a las regiones de Cajamarca y Puno, así como coordinaciones permanentes con los asesores regionales del Proyecto UMBRAL de las regiones de Ancash, Ayacucho, Huancavelica y Cuzco.

El producto final presenta el análisis de la normativa vigente del AISPED; el estado situacional de la implementación del AISPED basada en las experiencias recogidas en las regiones visitadas así como las propuestas de modificación de la norma traducidos en dos proyectos: uno primero referido a la Política Nacional Inclusiva de atención en salud y el Modelo de Atención inclusivo en Salud a las poblaciones Excluidas y Dispersas y un proyecto de Plan de Implementación que establece la ruta crítica que sería necesaria ser seguida para su implantación.

El consultor confía en que el trabajo realizado cumple el objetivo de la consultoría, de poner a consideración los documentos antes mencionados y de ser pertinentes iniciar una ronda de discusión nacional para abordar transectorial y sectorialmente la problemática política, económica, y social que afecta a más de 5 millones de personas que viven en poblaciones dispersas alejadas de la presencia de los servicios básicos del Estado.

ANALISIS DE LA NORMATIVA VIGENTE QUE REGULA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN ITINERANTE EN SALUD A LAS POBLACIONES DISPERAS Y EXCLUIDAS.

1. Antecedentes.-

Los antecedentes remotos de la estrategia AISPED se encuentran referidos al proceso de reinstalación formal del Estado Peruano, inmediatamente después de la derrota estratégica del terrorismo y de los inicios de la focalización de la inversión y el gasto públicos en el combate a la pobreza. Esto desde y en el sector salud.

Esta intencionalidad, referida a la protección social en salud, se encontraba obstaculizada en muchas regiones de nuestro país. Sucedía y sucede que es en extremo complicada, muy costosa e ineficiente, instalar la oferta fija de servicios de salud para localidades sin desarrollo apropiado de sus vías de comunicación, baja magnitud poblacional y muy alta dispersión territorial. Por esto el MINSA desarrolló estudios, formuló y formó políticas, implementó diversas estrategias y programas que han permitido extender la cobertura de servicios básicos de salud.

Deleted:

Así la estrategia AISPED tiene como antecedentes las diferentes estrategias y programas impulsados por el Ministerio de Salud en los últimos 10 años; estas estrategias han pretendido extender la cobertura de servicios esenciales de salud, mediante equipos itinerantes.

Deleted:

Deleted:

Cronológicamente destacan el Programa de Salud Básica para Todos; Proyecto de Atención a Comunidades Dispersas (2001); Modelo de intervención en sociedades excluidas. Al retomar tales experiencias y analizar la problemática detectada, el Ministerio de Salud no diseña un modelo de atención a comunidades dispersas sino aprueba mediante resolución Ministerial N° 478-2009-MINSA la Norma Técnica de salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las poblaciones excluidas y dispersas (Equipos AISPED) con la finalidad de contribuir a la mejora de las condiciones de salud de las población con difícil acceso a los servicios de salud a través de equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

Para lograr esta finalidad se definió en la referida norma el objetivo general que es la de "regular los procesos y procedimientos técnicos -.administrativos que permitan proporcionar una atención integral de salud a la población que habita en localidades consideradas excluidas y dispersas, mediante equipos AISPED, que trabajan de forma complementaria con la red de servicios públicos de salud, aplicando un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud con la participación de los gobiernos regionales y locales".

Deleted:

Deleted:

Deleted:

El MINSA considera el acceso de las poblaciones rurales, dispersas y excluidas con acceso nulo a servicios de salud mediante la implementación de equipos itinerantes encargados de proporcionar a la población servicios de prevención, promoción y atención ambulatoria y referencias de casos a los establecimientos de salud con capacidad resolutiva previamente identificada.

2. Análisis y Comentarios con respecto a la Norma Técnica N°081-MINSA/DGSP.V.01

El Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 478.2009/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y dispersas. (Sic Equipos AISPED), norma promovida por la Dirección General de Salud de las Personas que modifica la anterior norma sobre el mismo asunto, aprobada por Resolución Ministerial N° 437-2005/MINSA.

Antes de hacer un análisis del contenido de la norma técnica, es necesario puntualizar lo siguiente:

Las estrategias de trabajo en salud establecidas por el Ministerio de Salud desde hace mucho tiempo atrás, dirigidas a acercar las prestaciones de servicios de salud a las poblaciones dispersas y por ende excluidas, constituyen una poderosa intervención de lucha frontal contra la extrema pobreza y la exclusión social y como tal el Ministerio de Salud y en general otros Ministerios deberían abordar con

Deleted:

toda decisión y en acción concertada con los gobiernos regionales y locales, empresa privada; el problema político, social y económico de más de 5 millones de personas que viven mayormente excluidos de toda prestación pública.

En segundo término expresar que la norma vigente que regula el trabajo de los Equipos Itinerantes en salud AISPED con todas sus limitaciones, constituye el único instrumento legal que permite el funcionamiento de estos equipos en 17 regiones del país.

En tercer término cabe manifestar que el Ministerio de Economía y Finanzas advierte la importancia del trabajo comunitario de estos equipos y correlaciona el Presupuesto por Resultados (PPR) que impulsa particularmente en tres áreas: Incremento de las inmunizaciones, disminución de la desnutrición infantil y disminución de la mortalidad materna y como tal incide ante los gobiernos regionales y concerta con ellos, para que los equipos AISPED se conviertan en un centro de costos y que su presupuesto de operación sea incorporado en el presupuesto inicial de apertura de las Direcciones Regionales de Salud.

Finalmente, el contexto de cambio de autoridades políticas del nivel nacional, regional y local se convierte en una gran oportunidad para darle la importancia debida a esta situación, toda vez que sin excepción todos los candidatos a la Presidencia de la República han incorporado en sus respectivos planes de gobierno la lucha frontal contra la pobreza y la desnutrición infantil.

La Norma técnica no hace referencia alguna a lo dispuesto por la Constitución Política del Estado, a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, del cual el Perú es tributario; del Acuerdo Nacional; de las Políticas nacionales expresadas en el decreto Supremo N° 027-2007-PCM relacionadas todas ellas con la reducción de la pobreza.

Deleted:

A continuación se va a comentar de manera muy general el contenido de la Norma técnica.

2.1. Con respecto al tipo de norma legal que aprueba la Norma Técnica N°081-MINSA/DGSP.V.01

La norma legal que aprueba la Norma de funcionamiento de los equipos AISPED es una Resolución Ministerial cuando debió corresponder mejor a un Decreto Supremo. Ocurre que existe un conjunto de normas legales que son propias de un nivel de gobierno y que son mandatorias en otros niveles; por ejemplo las leyes, los decretos legislativos; los decretos de urgencia y los decretos supremos son normas legales que regulan sectorial o intersectorialmente a todos los niveles de gobierno: nacional, regional y local.

La ley orgánica del Poder Ejecutivo.-LOPE.-aprobada mediante Ley N°29158 define que los Decretos Supremos son normas de carácter general que reglamentan normas con rango de ley o regulan la actividad sectorial funcional o multisectorial funcional **a nivel nacional**; por tanto cualquier norma que emita el Ministerio de Salud o cualquier otro Ministerio, salvo disposición expresa, para que sea mandatorio y de obligatorio cumplimiento en el nivel sub nacional debe ser un Decreto Supremo.

2.2. Con respecto a la Base Legal que respalda la Norma Técnica N°081-MINSA/DGSP.V.01

La Norma Técnica N°081-MINSA/DGSP.V.01 hace referencia a 22 normas legales que van desde la Ley General de Salud hasta una Resolución Ministerial que aprueba un documento técnico de adecuación cultural de la orientación en salud sexual y reproductiva. Sin embargo siendo una norma de trascendental importancia en la lucha contra la pobreza, la base legal de la Norma técnica no hace referencia alguna a lo dispuesto por la Constitución Política del Estado, a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, del cual el Perú es tributario; del Acuerdo Nacional; de las Políticas Nacionales expresadas en el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, todas ellas relacionadas, con la reducción de la pobreza.

2.3. Con respecto a la Finalidad y Objetivos establecidos en la Norma.

En la redacción de la finalidad y el objetivo hay una confusión; La finalidad expresada en la norma responde más bien a lo que quiere lograr el MINSA con la aplicación de la *Estrategia* AISPED que no

existe; en tanto que el objetivo se refiere a lo que se quiere lograr con el *funcionamiento* de los equipos AISPED; de modo que el objetivo definido no guarda correspondencia con la finalidad expresada.

Igualmente cuando se efectúa un alineamiento entre lo expresado en el objetivo con los establecidos en los objetivos específicos; éstos no guardan correspondencia con el objetivo general y mucho menos con la finalidad; se reitera la precisión: se confunde lo que se quiere transmitir como estrategia con lo que debe establecer la Norma técnica.

El problema surge cuando a lo largo del contenido de la Norma se confunde aquello que corresponde a lo estratégico con lo operativo; lo primero responde a la necesidad que tiene el MINSA de abordar un problema tan serio como es la exclusión en salud y lo otro es una explicación o descripción sobre cómo debe actuar un equipo de salud –llámese AISPED- para tratar de resolver ese problema.

2.4. Con respecto a la conducción de los Equipos AISPED.

2.4.1 Ministerio de Salud.

La Norma Técnica establece en el numeral 6.0 en el nivel nacional la responsabilidad recae- en este caso el Ministerio de Salud - y que el órgano responsable es la Dirección General de Salud de las Personas conjuntamente con "otros responsables" a quien le asigna la responsabilidad de "proponer políticas y estrategias nacionales para fortalecer la intervención en las poblaciones excluidas y dispersas".

La responsabilidad enunciada es muy general; siendo el rol del MINSA estratégico y de conducción, la precisión de sus funciones debería ser más explícita. En este sentido consideramos que al citado órgano le debía corresponder las siguientes funciones relacionadas con la conducción e impulso a la estrategia AISPED.

De los Niveles de Responsabilidad para el desarrollo de la atención integral de salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas.

Enunciado de la Norma: NTS 081-MINSA/DGSP V.01. **6.9.1 Nivel Nacional:**	**Propuesta**
"La Dirección General de Salud de las Personas conjuntamente con otros órganos competentes es responsable de proponer políticas y estrategias nacionales para fortalecer la intervención en las poblaciones excluidas y dispersas. La Dirección General de Salud de las Personas es responsable de elaborar el registro nacional de poblaciones excluidas y dispersas. La Oficina General de Estadística es responsable de estandarizar los sistemas de información e implementar instrumentos de recolección vinculados que permitan el monitoreo y evaluación de la cobertura y prestaciones de salud en las poblaciones excluidas y dispersas.	**Responsabilidades propuestas a la DGSP**: a. Normar los procesos administrativos y sanitarios para viabilizar la atención a las poblaciones excluidas y dispersas. b. Acreditar la implantación de los procesos administrativos y sanitarios regionales para la atención a las poblaciones excluidas y dispersas. c. Auditar los logros (Productos, resultados e impacto) de los planes regionales para la atención a las poblaciones excluidas y dispersas. d. Producir conocimiento e información útiles para la implantación, desarrollo y consolidación de la atención a poblaciones excluidas y dispersas. e. Consolidar la información de los procesos de identificación y cuantificar nacionalmente la magnitud y condiciones de las poblaciones excluidas y dispersas. f. Elaborar las metas sanitarias nacionales para el monitoreo y evaluación del proceso a nivel nacional. g. Brindar asistencia técnica a las regiones que lo requieran. h. Cooperar con el agenciamiento financiero gubernamental de las actividades y promover la cooperación financiera con agencias intergubernamentales, multi o bilaterales. i. Formular la modalidad de atención de los equipos itinerantes

	AISPED. j. Promover la participación de la comunidad en las acciones propias de su desarrollo.

Cuando se entrevistó a los funcionarios del MINSA responsables de la conducción de la estrategia AISPED si las funciones antes enunciadas las estaban ejerciendo, las respuestas no fueron precisas; manifestaron que de una u otra formas las ejercían aún cuando no estaban escritas.

Comentario aparte, la responsabilidad en la conducción de la atención integral de salud a las poblaciones excluidas y dispersas en el Ministerio de Salud está a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas y dentro de ella la Dirección de Servicios de Salud, vale decir en un nivel subsiguiente organizacional.

Cuando se visitó a algunas regiones del país para conocer in situ el funcionamiento de los Equipos AISPED nos entrevistamos con funcionarios del Gobierno Regional y de la DIRESA para conocer sus opiniones y perspectivas con relación al trabajo de los Equipos AISPED. La apreciación que tienen los funcionarios entrevistados con respecto a las acciones que desarrolla el MINSA en la conducción del AISPED no es la más óptima; manifiestan que el rol el MINSA es muy débil y lejano, pues son escasas las acciones directas de asistencia técnica; no ha efectuado procesos de auditoría al sistema ni ha cooperado con el agenciamiento financiero gubernamental de las actividades, particularmente con las empresas mineras que han constituido el Fondo de la Igualdad.

El sistema de información acerca del número de comunidades dispersas que existen en el Perú se encuentra en una fase de construcción; hay un débil seguimiento al desarrollo de los AISPED y mucha demora en completar el desarrollo normativo que consolide su funcionamiento.

Finalmente, hay un escaso reconocimiento a las acciones que realiza esta estrategia a favor de las comunidades en extrema pobreza.

2.4.2 Dirección Regional de Salud.

La Norma Técnica del AISPED en el numeral 6.9.2 se refiere con mayor precisión a las responsabilidades que tiene la Dirección Regional de Salud en el desarrollo de la atención integral. Le asigna 11 funciones que en realidad no lo son, pues algunas de ellas no son funciones sino tareas. Más aún las funciones asignadas son mas administrativistas que técnicas (ocho funciones de 11 son administrativas);

Sobre la base de la primera función establecida en la norma técnica (conducir los procesos de atención integral en el nivel regional), a continuación se propone el desarrollo de las siguientes funciones:

Enunciado de la Norma: NTS 081-MINSA/DGSP V.016.9.2 **Nivel Regional:**	**Propuesta**
a. Conducir los procesos de la atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas en el ámbito de su jurisdicción. b. Elaborar el Registro de Poblaciones Excluidas y Dispersas del ámbito regional. c. Gestionar ante el Gobierno Regional la aprobación y oficialización del "Registro Regional de Poblaciones Excluidas y Dispersas". d. Formular el Plan Anual de Intervención de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas de la DIRESA. e. Realizar el monitoreo de las actividades	**Responsabilidades Propuestas al Nivel Regional** a. Adecuar las normas de los procesos administrativos y sanitarios para viabilizar la atención a las poblaciones excluidas y dispersas b. Incorporar la estrategia AISPED como parte importante del sector salud en la lucha contra la pobreza dentro de la Estrategia CRECER:, c. Coordinar con los gobiernos locales provinciales y distritales para que estos asuman la operación de los equipos AISPED. d. Supervisar, monitorear y evaluar el soporte administrativo que brindan las redes en la implantación de los procesos administrativos y sanitarios de las redes para la atención a

realizadas por los Equipos AISPED. f. Realizar la capacitación del personal de salud que integra el Equipo AISPED. g. Establecer mecanismos de reconocimiento y estimulo a los integrantes de los Equipos AISPED, en función del desempeño y los resultados obtenidos. h. Controlar el uso racional y equitativo de los fondos destinados para la atención de salud de Poblaciones Excluidas y Dispersas. i. Realizar el inventario de bienes y equipos biomédicos de los Equipos AISPED, asignados a las Redes de Salud. j. Remitir oportunamente a las instancias correspondientes del nivel nacional, la información sobre la atención integral de salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas. **k.** Socializar en eventos regionales y nacionales, los resultados de las intervenciones sanitarias realizadas en las poblaciones excluidas y dispersas, a través de una edición documental con registro de imágenes sobre actividades de los Equipos AISPED, según disponibilidad presupuestal.	las poblaciones excluidas y dispersas e. Producir conocimiento e información útiles para la implantación, desarrollo y consolidación regionales de la atención a poblaciones excluidas y dispersas f. Consolidar y actualizar permanentemente la información de las poblaciones excluidas y dispersas proporcionada por las redes g. Identificar las necesidades de las poblaciones excluidas y dispersas h. Elaborar las metas sanitarias regionales para el monitoreo y evaluación del proceso. i. Brindar asistencia técnica a las redes que lo requieran j. Promover la cooperación financiera de agencias públicas y privadas k. Diseñar la modalidad de atención de los equipos itinerantes AISPED l. Articular la participación social a nivel regional m. Implantar el soporte logístico apropiado n. Promover la acción transsectorial y liderar la acción multisectorial

El esfuerzo estaría en replantear las funciones de la Norma analizando la inserción de lo propuesto en una modalidad concertada entre ambos niveles de gobierno.

De las entrevistas realizadas a los Presidentes Regionales y miembros del Consejo Regional se colige que tienen un limitado conocimiento del funcionamiento de los equipos AISPED; coadyuva en esta situación la escasa mención que se hace sobre esta estrategia en los documentos de gestión (Políticas sociales regionales, Plan Estratégico Regional) así como la ubicación del órgano conductor de los Equipos AISPED: Cuarto nivel organizacional de la Dirección Regional de Salud.

La incidencia ante las autoridades del Gobierno Regional (Presidencia y Consejeros Regionales) por parte de la DIRESA para que apoyen políticamente esta estrategia es muy débil; más bien alguno de ellos, utilizan la existencia de estos equipos en sus regiones para colocar a profesionales que le son adeptos a su causa política o como un instrumento para favores políticos.

En la mayoría de los documentos de gestión de la DIRESAS se precisa que este sector orientará sus esfuerzos a la atención y cuidado de la salud de las poblaciones en pobreza y extrema pobreza, pero cuando se revisa sus objetivos institucionales no existe uno explícito relacionado con la atención a poblaciones dispersas en extrema pobreza y excluidas (caso Puno o Cajamarca); o como en el caso de Ancash la estrategia AISPED no está precisada como un objetivo estratégico pero si lo mencionan como una principal fortaleza para aprovechar el “Seguro Integral de Salud” que cobertura a la población de pobreza y extrema pobreza o para implementar el modelo del Sistema de Vigilancia Comunal en el nivel primario de atención”.

Una percepción después de haber transitado por varias regiones es que la implementación de los equipos AISPED.- Atención integral en salud a las poblaciones excluidas y dispersas se efectúa más por cumplimiento de la norma técnica del MINSA que por voluntad generada por los hacedores de política regional. El personal directivo de la DIRESA no percibe a los ASIPED como una estrategia poderosa de lucha contra la pobreza y pobreza extrema y el personal de salud todavía mantiene un enfoque biomédico y no comunitario de salud pública. Una prueba de este comentario es el hecho que la estrategia AISPED no forma parte de la Estrategia CRECER o no explicita alguna forma de vinculación formal o informal.

2.4.3 La red y la micro red de servicios públicos de salud

El numeral 6.9.3 de la Norma Técnica señala un conjunto de responsabilidades en el desarrollo de la estrategia AISPED tanto a la red como a la micro red; pero las mezcla y consecuentemente las confunde. Algunas funciones asignadas al nivel regional descritas en la norma deberían formar parte de la responsabilidad de la red de servicios de salud como:

a. Realizar el monitoreo de las actividades realizadas por los equipos AISPED.

b. Realizar la capacitación del personal de salud que integra el equipo AISPED

c. Controlar el uso racional y equitativo de los fondos destinados para la atención de poblaciones excluidas y dispersas

d. Realizar el inventario de bienes y equipos biomédicos asignados a los equipos AISPED.

El rol que se le asigna a esta instancia operativa debe ser más activa con relación al trabajo operativo de los equipos AISPED como por ejemplo en términos de elaborar el perfil epidemiológico de las Poblaciones identificadas y cuantificar sus necesidades; brindar asistencia técnica a los gobiernos locales y las organizaciones comunitarias; apoyar en la organización comunal en el diseño y elaboración de su plan de desarrollo comunal en la parte de salud; en la capacitación al personal de los AISPED en el trabajo comunitario y en la adecuación de los módulos de capacitación para el trabajo comunitario.

La Micro red debe ser considerada la unidad básica de servicios de salud institucional; la puerta de entrada a los servicios de salud institucional y que deben estar integrados al resto de los niveles de atención; tiene el rol importante de vincular simétricamente y de servir como interfase entre la salud institucional y la salud comunitaria y como tal el Equipo AISPED debe depender de ella;

El enfoque intercultural garantiza la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, incorporando modelos que expresan complementariedad, reciprocidad y diversidad, en el contexto del nuevo paradigma de la cultura, la salud y el desarrollo. Así, el enfoque intercultural promueve el respeto a la cultura de los usuarios (sus particulares percepciones, hábitos y costumbres respecto al proceso de salud y enfermedad) y promueve la articulación de las distintas medicinas ("occidental", tradicionales, alternativas) permitiendo una deseable complementariedad de las acciones y la elección del sistema médico donde los usuarios prefieran ser atendidos.

2.5. Con respecto al proceso de selección de comunidades a ser atendidas por el equipo AISPED.

El numeral 6.1.2 de la Norma de alguna manera precisa que las poblaciones rurales para ser consideradas como dispersas y excluidas deben "cumplir" con los siguientes criterios:

- Localidades que carecen de oferta fija en salud y que para poder acceder a ella, los pobladores tienen que trasladarse un tiempo superior a 4 horas, por caminos de herradura y/o fluvial o por el medio de transporte más usado a la localidad del establecimiento de salud más cercano y;

- Localidades con la mayor dispersión poblacional en el ámbito regional.

Sin embargo no hay una definición concreta de los criterios y mecanismos de selección de las localidades que serán objeto de atención de los equipos AISPED; consecuentemente cada DIRESA bajo este sombrero utiliza sus propios criterios y estrategias para identificar las comunidades dispersas y excluidas:

En unos casos, la coordinación regional del AISPED solicita a los jefes de las redes que remitan la relación de las comunidades dispersas y excluidas que serán beneficiarias de las atenciones que brinden los equipos AISPED, entonces la responsabilidad de identificar a las poblaciones excluidas y dispersas corresponde a los jefes de redes de servicios de salud; esta información es consolidada y luego en reunión del equipo de gestión de la DIRESA del total presentado se priorizan las comunidades beneficiarias;

En otros casos la información solicitada es consolidada y priorizada por la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y el Coordinador del AISPED quienes son los responsables de definir las comunidades beneficiarias; en otras regiones más participativas se reúne el equipo de gestión y los jefes de redes quienes conjuntamente definen las comunidades que van a ser objeto de trabajo de los AISPED.

En este punto es muy importante plantear como propuesta las posibilidades para una mejor decisión de inclusión de las comunidades, como por ejemplo reajustar los criterios que configuran una población excluida y dispersa de un modo más operativo, preciso, delimitado y excluyente; además de tomar como referencia información disponible relevante como la base de datos del SISFOH, la relación de comunidades con menos de 500 personas ubicadas en los distritos pobres o extremadamente pobres: Estos productos pueden seguir un proceso sistemático como su envío a nivel de los propios EESS para complementar la información de las mismas comunidades (nombres específicos, tiempo de viaje, medio de transporte, distancia, etc.). En esta parte del proceso pueden definirse criterios adicionales para priorizar las comunidades o rutas como por ejemplo considerar: acceso, cantidad de población, zona endémica de enfermedades (TBC, malaria, Inmunoprevenibles, etc.); para finalmente tener una primera relación para ser visitadas y hacer una evaluación final en función del grado de compromiso de sus habitantes.

Otra cosa importante que se debe normar o al menos indicar referencialmente es el número mínimo de veces al año que deben visitarse las comunidades de una misma ruta (5) y el tiempo de permanencia en éstas en relación directa con la cantidad de población a atender.

2.6. Con respecto al equipo AISPED.

El numeral 6.1.1 de la Norma establece los criterios para la conformación de los equipos AISPED:

. A la DIRESA se le responsabiliza de garantizar la selección de personal idóneo y competente de los equipos AISPED.

. A la DIRESA se le responsabiliza de la observancia de las condiciones técnico administrativas, legales y de protección contra riesgos de salud y accidentes de los integrantes de los equipos AISPED.

A la DIRESA se le responsabiliza de acreditar a los Equipos AISPED.

Finalmente el numeral en mención define la conformación del Equipo AISPED.

De la lectura de las responsabilidades consignadas en el numeral antes citado se colige que todo el proceso de selección y contratación del personal es responsabilidad ejecutiva de la Dirección Regional de Salud; en ninguna parte del texto de la norma se abre la posibilidad para que los jefes de las redes y micro redes - que son los más interesados y relacionados directamente- participen en el proceso de selección.

La concentración de la función de cooptación del personal del AISPED en la DIRESA origina problemas organizacionales con los responsables de las redes y micro redes, además de otras situaciones como por ejemplo que en el proceso de selección potencialmente influyen más los intereses políticos que los técnicos.

Otro aspecto a considerar sería la inclusión como pre requisito para la contratación de los miembros de las brigadas de la aprobación de una prueba que evalúe no sólo sus conocimientos técnicos profesionales sino también su capacidad para planificar y trabajar con la comunidad, como el manejo del área de promoción y prevención de la salud. En todo caso, podría indicarse adicionalmente, que los menos aptos (aprobados pero con bajas notas) deberían recibir el curso completo dictado por los capacitadores de las regiones por 15 días.

En perspectiva debería darse la posibilidad de que el sector público otorgue a los brigadistas sus remuneraciones vinculadas al desempeño además de considerar los incentivos correspondientes relativos a la pobreza extrema, inaccesibilidad, ruralidad y dispersión, además de otros factores geopolíticos importantes vinculados a las poblaciones a ser atendidas.

2.7. Con respecto a la Prestación de los servicios de salud.

El numeral 7.2 de la Norma describe el proceso de prestación de los servicios de salud por los equipos AISPED de la siguiente forma:

- El Equipo AISPED brindará atenciones de salud y cuidados esenciales necesarios para promover, conservar o restablecer la salud de cada persona, según etapas de vida y la familia en el marco de una atención integral de salud y del aseguramiento público en salud.
- La prestación de los servicios de salud a cargo de los equipos AISPED debe realizarse considerando la gratuidad en el servicio, la práctica médica basada en la evidencia científica, las normas técnicas de salud, las medidas de bioseguridad, la calidad de atención, y en particular los aspectos referidos a la interculturalidad y el respeto a los patrones culturales locales, el enfoque de género y los derechos ciudadanos.
- Las prestaciones de salud ya sea preventiva y/o recuperativa se realizarán en un ambiente adaptado de un local comunal, escuela, tienda de campaña o vivienda adaptada para tal fin.
- La atención de salud efectuada por el equipo AISPED debe ser registrada en la historia clínica del paciente en formato de atenciones SIS (por duplicado; original para el punto de digitación y copia para la historia clínica y formato HIS).
- La referencia y contra referencia de pacientes deben adecuarse a lo establecido en la normatividad del sistema de referencia y contra referencia. De ser necesario los integrantes del equipo AISPED acompañarán en el traslado y realizarán las coordinaciones con personal en los establecimientos de salud, sobre la continuidad de la atención y captación de pacientes para atención especializada.
- El Equipo AISPED desarrollará acciones de capacitación (enseñanza- .aprendizaje) mediante sesiones demostrativas dirigidas a los agentes comunitarios y la población objetivo, utilizando recursos de cada región, en el marco de la lucha contra la desnutrición y otras prioridades sanitarias regionales.
- El Equipo AISPED realizará el seguimiento y verificación de los contenidos de educación para la salud en las instituciones educativas de las localidades visitadas.
- Durante su permanencia en la localidad, el equipo AISPED promoverá reuniones con las autoridades locales y con la población a fin de contar con un sistema de vigilancia comunitaria.
- El equipo AISPED junto con los actores sociales y líderes comunales facilitarán la organización comunitaria y promoverán el empoderamiento en los temas de salud y desarrollo comunal.
- El Equipo AISPED junto con los actores sociales identificarán y recolectarán información para la formulación de proyectos de desarrollo y proyectos de investigación en salud que realice la DIRESA que servirán de insumo para abogacía ante las instancias correspondientes a efectos de financiamiento e implementación.

Siendo esta parte el núcleo central de la Norma extraña que ésta sea enunciativa a manera de “tips” y en formato de “dirigista”. La percepción que se tiene de la lectura de este numeral es que la prestación de servicios de salud hace que la comunidad sea concebida como objeto unilateral de las atenciones de salud.

En principio la Norma Técnica debería precisar la cartera de servicios que debe ofertar el Equipo AISPED en el marco del PEAS o por lo menos enumerar el conjunto de prestaciones de salud individual y colectiva que se debe ofrecer a las poblaciones.

Por otra parte aún cuando la norma enuncia que la prestación de los servicios de salud a cargo de los equipos AISPED debe realizarse considerando la interculturalidad y el respeto a los patrones culturales locales, enfoque de género y derechos ciudadanos no los operativiza; es decir, no es explicativa acerca de cómo van a aplicarse estos enfoques en las prestaciones de salud.

El mismo comentario nos merece cuando en la norma asigna al Equipo AISPED la responsabilidad de facilitar la organización comunitaria, el empoderamiento y el desarrollo comunal y no le precisa el para qué deben desarrollar estas acciones; no existe un imbricamiento de las acciones de salud al desarrollo territorial.

Considerando que se define al desarrollo territorial como 1 "un proceso de transformación productiva e institucional en un espacio rural determinado, cuyo fin es reducir la pobreza rural. La transformación productiva tiene el propósito de articular competitiva y sustentablemente a la economía del territorio a mercados dinámicos. El desarrollo institucional tiene los propósitos de estimular y facilitar la interacción y la concertación de los actores locales entre sí y entre ellos y los agentes externos relevantes, y de incrementar las oportunidades para que la población pobre participe del proceso y sus beneficios"; en virtud a esta concepción se afirma que las poblaciones rurales pobres pueden por sí mismos desarrollar ciertos tipos de capacidades y competencias, a partir de su propia organización.

Sin embargo, habrá otras determinantes del desarrollo a la que los pobres sólo accederán a través de puentes que los vinculen con otros agentes económicos y sociales; y es en esta última acción que el equipo AISPED a través de sus intervenciones debe pretender en primer lugar el fortalecimiento de la organización comunal a fin de potenciar sus capacidades y activos humanos y naturales y apoyarlos en su proceso de inclusión social y productiva, para luego proceder a las intervenciones propias en el campo de la salud.

En especificidad, la prestación de servicios de salud constituye la oferta de servicios y el conjunto de acciones que el sistema institucional y comunitario de salud garantiza a toda la población; por ende debe tomar en cuenta la atención integral, el enfoque de género, lo generacional, la interculturalidad, la equidad, lo participativo y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud; esta precisión debió darse en la norma aludida.

2. 8. Con respecto a la Supervisión y Monitoreo.

El numeral 6.7 de la Norma regula el proceso de supervisión y monitoreo; dispone que este proceso se efectuará "en cascada según anexos 6 y 7"; no precisa cómo debe ser desarrollado o efectuado este proceso; tampoco precisa el rol que le corresponde a cada nivel; además cuando nos remitimos al anexo 7, el instrumento de supervisión y asistencia técnica es muy general.

Contrastando la norma con la realidad, las acciones de supervisión y monitoreo no se efectúan con la regularidad y con la rigurosidad técnica que se requiere; los responsables de las redes de las regiones visitadas refieren que estas acciones no se cumplen a cabalidad porque, según aducen, no disponen del recurso humano suficiente o no tienen el financiamiento requerido, de allí que no es posible medir el impacto real de esta estrategia.

2.9 Con respecto a la Gestión

El numeral 6.3 de la Norma establece que la DIRESA con participación de las redes y micro redes formulan de modo participativo el Plan anual de intervención en poblaciones excluidas y dispersas

[1] DESARROLLO TERRITORIAL RURAL. Alexander Schejtman y Julio A. Berdegué. BID 2004.

(anexo 5) el mismo que deberá complementar las actividades programadas por la oferta fija en salud en el ámbito de intervención; pero la norma no les señala un referente más de largo plazo; es decir la definición de los objetivos estratégicos para acercar las prestaciones de salud a estas comunidades y lograr su inclusión social, tampoco define las estrategias para lograr estos objetivos; recién definidas estas consideraciones es que las redes y micro redes estarían en condiciones de elaborar su plan anual de intervenciones.

En este contexto es que la red de salud se encargará de planificar, programar, monitorear, supervisar y evaluar los resultados de las intervenciones sanitarias en las poblaciones excluidas y dispersas.

Las micro redes en el ámbito de intervención implementarán mecanismos adecuados de comunicación con actores sociales de las localidades visitadas por los equipos AISPED a fin de conocer la percepción de la población objetivo sobre el servicio de salud que brindan los equipos AISPED, las expectativas de atención y la aceptación del Plan Anual de Intervención. Una vez más la norma muestra su naturaleza intervencionista; es la institucionalidad sanitaria quien elabora su plan anual de intervención sin consultar con las poblaciones "objeto" de la atención.

El equipo AISPED tiene dependencia directa de la red de salud para efectos de soporte técnico administrativo de la provisión de servicios de salud en las poblaciones excluidas y dispersas.

El Equipo AISPED tiene dependencia directa de la micro red o micro redes para efectos de la organización de las prestaciones en servicios de salud, la programación de salidas y la ejecución de las intervenciones sanitarias**.**

Las normas de organización vigentes no recomiendan la dualidad en la dependencia de los órganos que lo conforman porque transmite desorden y fundamentalmente porque las responsabilidades se diluyen; en este caso los Equipos AISPED deben depender de las micro redes; son estas unidades productoras de servicios quienes deben seleccionar y contratar al personal, programar las actividades sanitarias en el ámbito de la micro redes, de modo que el plan de intervención de los equipos AISPED deben estar incorporados en ella.

El sistema de gestión definido en la norma no plantea formas de involucramiento de las autoridades locales, ni las comunitarias. La estrategia de trabajo en poblaciones en extrema pobreza pasa por un trabajo articulado inter y transectorial entre el nivel regional y local, tal como está diseñada la estrategia "CRECER" que no se menciona en la norma.

Debe corresponder a estos niveles el proceso de Identificación y priorización de las poblaciones excluidas y dispersas; determinación de la línea de base; establecimiento de estrategias, metas e indicadores de monitoreo, supervisión y evaluación.

En estos niveles se tiene que instalar las funciones de planeamiento, adecuación cultural (casas de espera, red de emergencia comunitarias), inteligencia sanitaria comunitaria (SIVICOS, CRED, Radar de gestantes), Educación en Salud y evaluación ex ante, trans y post.

Tampoco está establecido en la norma que los representantes de la inteligencia sanitaria comunitaria de la comunidad participen en la fiscalización de las actividades de los equipos itinerantes AISPED y en la administración del establecimiento público cabecera de ruta AISPED.

RECOMENDACIONES PARA LAS MODIFICACIONES DE LA NORMA TÉCNICA DEL TRABAJO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A ESTAS POBLACIONES.

I. LA NECESIDAD DE REESTRUCTURAR LA NORMA TECNICA VIGENTE.

De la lectura del documento en su conjunto se infiere que el MINSA al emitir la norma técnica en mención confunde y mezcla su rol de **conducción** con el de **gerencia**.

La gerencia moderna de la cosa pública exige que el órgano central o rector de un sector que es el Ministerio, tenga las competencias de diseño, de establecimiento, ejecución y supervisión de políticas nacionales y sectoriales, asumiendo la rectoría respecto de ellas; en tanto que a los niveles sub naciónales les corresponde lo táctico y operativo.

Como parte de la conducción nacional en el ámbito del sector salud, el MINSA debería presentar y desarrollar los lineamientos de política nacional, los objetivos y las estrategias para superar la problemática de salud que expresan las denominadas poblaciones excluidas y dispersas. Este dispositivo no existe en el abordaje transectorial e intersectorial para lograr la inclusión social de este importante núcleo poblacional. De allí la necesidad imperiosa de construirlo participativamente en una suerte de correa de transmisión de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo, de modo que todo el proceso sea apropiado por todos los actores sociales.

Por otro lado se requiere perfilar la Norma Técnica para que sea desarrollada como un Modelo de Atención inclusiva, adscrita a un modelo de gestión de desarrollo territorial. Este sería el instrumento normativo más apropiado para los aparentes objetivos reales de la norma enjuiciada; es decir el funcionamiento y operación de los Equipos Itinerantes AISPED.

En conclusión se recomienda que la Norma Técnica materia del presente Informe por el principio de separación de funciones debe desdoblarse en cuatro partes:

- Una primera que el Ministerio de Salud apruebe como Estrategia Nacional de Salud para el abordaje a las poblaciones dispersas y excluidas.
- Una segunda que apruebe la Política Nacional Inclusiva para estas Poblaciones
- Una tercera que desarrolle el Modelo inclusivo de atención en salud a estas poblaciones y;
- Una cuarta que desarrolle el Manual Operativo de los Equipos Itinerantes en Salud.

a. Fortalecimiento de la Estrategia Nacional de "Salud de los Pueblos Indígenas".

Por Resolución Ministerial No 771-2004/MINSA del 27 de julio del 2004 se establecieron las diez estrategias nacionales de salud; una de las cuales es "Salud de los Pueblos Indígenas", designándose como órgano responsable al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS).

Entre los objetivos que espera alcanzar la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas, está la de:

- Implementar la pertinencia intercultural en el sistema nacional de salud, según los niveles de relacionamiento de los pueblos indígenas con el resto de la sociedad, propiciando espacios de inclusión participativa y de concertación.
- Ampliar la oferta de salud con nuevas modalidades adecuadas a las zonas indígenas amazónicas y andinas.

- Fortalecer los recursos humanos, logísticos y financieros en los establecimientos de salud que atienden a población originaria amazónica, andina quechua y andina aymara.
- Promover el control para la preservación de un medio ambiente saludable.
- Fortalecer el Sistema de la Vigilancia y acciones en Salud Pública.
- Gestionar el diseño e implementación de una política de salud intercultural en Perú.

Si bien en intención esta estrategia cubre a todos los pueblos indígenas en la realidad su abordaje está centrado en los pueblos indígenas amazónicos. Lo ideal sería reforzar esta estrategia precisando competencias para lograr la inclusión de las poblaciones dispersas y excluidas alto andinas y amazónicas.

La Responsabilidad de la conducción de la Estrategia debería tener un lugar privilegiado en la Alta Dirección del MINSA y no del INS; que tenga suficiente capacidad ejecutiva, de liderazgo, de concertación con los gobiernos Regionales y Locales y de movilización de recursos humanos y financieros para apoyar a las instancias subnacionales.

b. La aprobación e implementación de la Política Pública Nacional Inclusiva en Salud.

La Política Pública , tal como se define en el documento Guía para la Formulación de Políticas Públicas[2] son las decisiones democráticas ejercidas a través de las y los gobernantes para solucionar los grandes problemas y demandas de la población, cumplir con las aspiraciones colectivas; tiene su base en los principios constitucionales y en los derechos humanos y las obligaciones que éstos comprenden; deben ser sustentadas en evidencias técnica y científicas y deben ser legitimadas por el pueblo mediante su participación y aceptación. Dichas decisiones también involucran al sector privado.

En este contexto, se propone la aprobación de Políticas Públicas Inclusivas en salud para poblaciones dispersas y excluías; para este efecto se ha formulado una propuesta de Política que en **Anexo N° 01** forma parte del presente Informe.

A fin de lograr su legitimación se propone en primer término la validación del documento propuesta de Políticas Inclusivas en Salud para poblaciones dispersas excluidas por un grupo de expertos. En segundo término se promoverá la Concertación con los actores políticos nacionales y regionales para lograr su respaldo y su decisión política; convocando en primer término a los representantes de los partidos políticos que competirán en las elecciones nacionales del año 2011 para lograr consensos en la necesidad de abordar este complicado y complejo tema e incorporarlos en sus respectivos planes de gobierno.

Finalmente se promoverá una convocatoria a los Presidentes de 16 Gobiernos Regionales en los que están operando los Equipos de Atención integral de Salud (AISPED) a fin de informarles sobre la propuesta, conseguir su apoyo político para la aprobación del Decreto ("Supremo") que implemente las Políticas Públicas así como el financiamiento que requiere su operación.

c. La aprobación e implementación del Modelo de Atención Inclusivo en Salud para poblaciones dispersas e inclusivas,

La Estrategia Sanitaria Nacional y la Política Nacional en Salud para poblaciones dispersas y excluidas se operacionaliza en un Modelo de Atención Inclusiva en Salud que tiene como objetivo el de implementar los aspectos del sistema de salud que permitan integrar la oferta fija y flexible y las interrelacione con la oferta comunitaria organizada, fortalecida y culturalmente aceptada, a fin de dar acceso a las comunidades rurales y principalmente a las poblaciones excluidas y dispersas que habitan en las regiones alto andinas y selváticas al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, aplicando estrategias viables, factibles y socialmente aceptables.

El Modelo de Atención Inclusivo en Salud para poblaciones dispersas y excluidas está conformado por un conjunto normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de

[2] Guía para Formulación de Políticas Públicas. USAID. Iniciativa de Políticas. Pedro Marchena, Febrero 2007

acción para su implementación. Enfoca la atención a las personas como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población ubicada en lugares inhóspitos o la persona enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea.

El Modelo de Atención genera iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital. Particularmente el modelo se aplica para disminuir la desnutrición infantil, la mortalidad materno infantil, incrementar la cobertura en las inmunizaciones y fortalecer las organizaciones comunales.

En el Anexo N° 02 del presente Informe se adjunta el Proyecto de documento y **en el Anexo 3** el Proyecto de Plan de Implementación de las Políticas Públicas.

d. Manual Operativo de los Equipos Itinerantes en Salud.

El Manual de Operaciones del Equipo Itinerante de Salud se formula para servir como instrumento de Trabajo que facilite al personal de salud tanto la comprensión técnico-conceptual, como, la operación de la Política Pública Inclusiva como el Modelo de Atención inclusivo en Salud para poblaciones excluidas y dispersas; por ende el documento debe estar organizado en dos partes:
Los Aspectos Técnicos y Los Aspectos Operativos del Programa.
"Los Aspectos Técnicos" describen el marco conceptual y los fundamentos teóricos de la Estrategia nacional, la Política Nacional, sus objetivos, componentes y sus estrategias de promoción, comunicación y capacitación. También describe el marco técnico en el que el MINSA fundamenta las Intervenciones Comunitarias.
"Los Aspectos Operativos" describen en detalle cada una de las actividades a realizar para la puesta en marcha de las acciones de salud; el planeamiento participativo inter y trans sectorial, las coordinaciones con las organizaciones comunales, el fortalecimiento de las organizaciones comunales, el planeamiento del desarrollo comunal; el conocimiento y aplicación de las modalidades de atención propias de la comunidad; la ejecución de las intervenciones en salud colectiva e individual con el involucramiento de las mujeres de la comunidad, el involucramiento de los agentes comunitarios en salud, la construcción del sistema comunal de salud; las evaluaciones colectivas y participativas de las acciones de salud; el efecto del desarrollo de las acciones sanitarias en el desarrollo territorial.

2. LA NECESIDAD DE CONSTRUIR VIABILIDAD POLITICA NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL.

La incidencia política, es una estrategia que apunta a influir en determinados actores para lograr el apoyo y el compromiso con determinadas propuestas las que, justamente, son impulsadas por quienes aplican la estrategia.

El Ministerio de Salud y el Proyecto UMBRAL Inmunizaciones de USAID consideran importante que se convoque a los representantes de los partidos políticos que competirán en las justas electorales de abril del 2010 y poner a su consideración la propuesta validada por el grupo de expertos de los documentos de políticas públicas y modelo de atención inclusivas en salud para poblaciones dispersas y excluidas a fin de provocar un debate sobre la importancia de abordar este tema que tiene implicancias sociales, económicas, políticas y de seguridad nacional y lograr acuerdos y consensos los que podrían ser implementados por quien gane las elecciones.

Por su parte el Ministerio de Salud en el marco de las reuniones del Consejo Intergubernamental en Salud debería promover una reunión técnica con las nuevas autoridades de los Gobiernos regionales para abordar transectorial e intersectorialmente la problemática política, económica y social de las poblaciones dispersas y excluidas y construir consensos para la implementación técnica y financiera de

la política nacional y la operacionalización del modelo de atención inclusiva en salud. Asimismo se convocaría a las nuevas autoridades locales de las regiones donde se implementará la política nacional.

La idea es que la propuesta de política inclusiva sea “apropiada” por los actores regionales y locales; si los Políticos y Funcionarios regionales y Locales no sienten que los productos o resultados que se les ofrece les pertenecen, es bastante probable que los rechacen, no los mantengan o simplemente abandonen su uso. El MINSA debe buscar la participación y el involucramiento de la contraparte desde los inicios de la intervención a través de una participación bien planificada a fin de ir generando un sentimiento de apropiación. Se requiere que los niveles de decisión de las políticas sectoriales evidencien una clara y sólida conducción del proceso.

3. LA NECESIDAD QUE LOS INSTRUMENTOS TÉCNICOS QUE APOYEN A LA INCLUSION DE LAS POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS ESTÉN TRANSVERSALIZADOS POR LOS ENFOQUES DE GENERO, INTERCULTURALIDAD Y DE DESARROLLO TERRITORIAL

3.1 La transversalización de la interculturalidad

La implementación de los enfoques de interculturalidad, género y de desarrollo territorial en los servicios de salud tanto institucionales como comunales y , entre éstos, entre las ofertas fijas y las móviles, es un proceso en construcción que no va a lograr un posicionamiento real en el corto plazo en los diversos niveles de decisión nacional, regional o local.

Más que su implementación o incorporación en las actividades o los servicios de salud, debe ser entendida como una asimilación por parte de los recursos humanos de salud en su cotidiano relacionamiento con miembros de otra cultura, y expresada en las actitudes y aptitudes de respeto por la diferencia; esto es, ser concebida como un derecho de nuestros interlocutores a ser tratados con respeto, a entender su cultura y esforzarnos por una convivencia o articulación armoniosa de nuestros pensares, actitudes y aptitudes con los pensares, actitudes y aptitudes de los miembros de una cultura diferente.

Entre los avances en la construcción de este proceso de entender las otras culturas, de respeto intercultural en salud, el sector muestra las evidencias de las brechas sanitarias recogidas en los diversos ASIS elaborados por la Dirección General de Epidemiología, lo logrado con la “adecuación” de los servicios de salud para la atención del parto vertical, la implementación de casas de espera para facilitar el acceso a la atención del parto institucional y por profesional de la salud.

Pero todavía es poco lo que se ha hecho. No olvidemos que son casi 5 millones de personas que viven en poblaciones dispersas y excluidas y como tal, el MINSA debe desplegar un esfuerzo máximo en impregnar a todo el sistema de salud del enfoque de interculturalidad; Cuando se habla de transversalizar la interculturalidad significa aplicarla en las políticas y programas de salud. En un programa de inmunización, por ejemplo, sería considerar las variables geográficas, sociales y culturales de una comunidad indígena a la hora de vacunarlos y vacunarlas. Por ende, es considerar esta variable en cada acción de salud que se realice, pero de manera horizontal y no vertical, como habitualmente se hacen las políticas de salud.

EL MINSA debe construir en coordinación con los Gobiernos Regionales un sistema de capacitación para el personal de salud donde se incluya la formación e inducción en el campo de la diversidad cultural. De igual forma las guías de práctica clínica deben estar culturalmente adecuadas a las costumbres locales. Hay otras formas de visibilizar la transversalización de la interculturalidad; por ejemplo la participación de los líderes comunales en la gestión de los establecimientos institucionales de salud; la incorporación de la variable etnia en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica; la adecuación de la Infraestructura hospitalaria, alojamiento, alimentación y ofertas tecnológicas sensibles a la diversidad cultural; la asistencia lingüística y culturalmente adecuada a los indígenas para el acceso a los servicios de mayor nivel de atención, etc.

3.1 La transversalización del desarrollo territorial

En cuanto a la transversalización del desarrollo territorial, es importante definir que el enfoque del desarrollo territorial, define que un territorio es un espacio geográfico caracterizado por: la existencia de una base de recursos naturales; una identidad entendida como histórica y cultura locales particulares; relaciones sociales y formas de organización propias conformando un tejido social resultado de diversas interacciones entre actores e instituciones y determinadas formas de producción intercambio y distribución del ingreso.

Todas estas características imprimen al territorio una identidad, como una huella digital, que lo hace único, poniendo de relieve que el territorio no es un mero soporte geográfico de recursos y actividades económicas sino una construcción social producto de las interrelaciones y decisiones de los actores locales en torno a un proyecto de desarrollo concertado entre todos ellos.

En este marco, el desarrollo territorial es[3] *un proceso implementado por los actores del territorio, que procura fortalecer las capacidades locales y aprovechar los recursos propios y externos para consolidar el entramado socio institucional y el sistema económico-productivo local, con el propósito de:*

a. Lograr la innovación y diversificación económica productiva con actividades agrícolas y no agrícolas que permita construir sistemas productivos locales competitivos, reducir el riesgo y la vulnerabilidad frente a los cambios en los mercados y reducir drásticamente los niveles de pobreza y marginalidad.
b. Construir capital social y cultural rural a fin de fomentar la inclusión social y una mayor capacidad de innovación social y cultural
c. Desarrollar infraestructura, equipamientos y servicios eficientes para el desarrollo económico y el mejoramiento de la calidad de vida."

Cuando se habla de construir capital social y promover la inclusión social se está explicitando la necesidad de hablar de salud y de educación; la salud es un componente importante para el desarrollo local; una población sana es una población cuyo desempeño es más productivo tanto en lo social como en lo económico, así como en mayor participación ciudadana en la vida política de la comunidad.

La transversalizacion del enfoque territorial pasa por la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud, el empoderamiento y la participación de la comunidad y la sociedad civil, y el desarrollo de habilidades para vivir.

El equipo itinerante en salud, previamente capacitado conjuntamente con la comunidad efectúan un análisis de su necesidades, priorizan y construyen el consenso sobre los objetivos del desarrollo local a corto, mediano y largo plazos. Monitorean y evalúan la implementación de un plan local de desarrollo, donde la salud será posicionada en la agenda pública para mejorar los determinantes de la salud con equidad.

Concluida esta etapa, las autoridades comunales y el EIS conjuntamente con las autoridades del gobierno local firman un compromiso público para mejorar la salud y la calidad de vida en el municipio, ciudad y comunidades, así como movilizar recursos de los sectores comprometidos para crear familias saludables, viviendas saludables, ambientes saludables y con el sector productivo para crear espacios de trabajo saludable.

Una práctica cotidiana del sector salud debe ser la coordinación permanente inter y trans sectorialmente con las instituciones locales y comunales; la participación activa de la población en el logro de su desarrollo fomentando estilos de vida saludables, traducidos en el cuidado colectivo de la salud pública,.

[3] Alburquerque, Francisco (2002). Desarrollo económico territorial. Guía para agentes, Instituto de Desarrollo Regional y Fundación Universitaria, Sevilla, 2002.

3.1 La transversalización del enfoque de género

La transversalización del enfoque de género en las acciones de salud es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante de la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y los programas en salud en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad.

Lo que busca el enfoque de género es:

- Igualdad y la eliminación de desigualdades
- Participación en el proceso grupal
- Incorporación de grupos poco representados
- Mejora de la calidad de vida
- Comunicación

4. **LA NECESIDAD DE INCREMENTAR Y AGILIZAR EL FINANCIAMIENTO PARA LA ATENCION PREVENTIVA PROMOCIONAL DE LA SALUD A LAS POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS.**

La ampliación de servicios en el Primer Nivel de Atención destinado a la prestación de poblaciones excluidas y dispersas implica el traslado de recursos financieros adicionales a los existentes del Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud a los Gobiernos Regionales. Aún así los recursos económicos van a ser probablemente insuficientes frente a las grandes necesidades de salud de estas poblaciones.

Ante esta situación el Ministerio de Salud debe desplegar todos sus esfuerzos para involucrar a los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales a fin que dispongan en sus respectivos presupuestos de recursos financieros destinados a estas poblaciones. Por ejemplo los Gobiernos Locales deberían estar en condiciones de financiar la implementación de los centros comunitarios de servicios de salud o de financiar los gastos que significa el traslado de pacientes y de sus familiares de estas poblaciones a los establecimientos de salud institucionales o que los Gobiernos Regionales financien la construcción e implementación de las casas de espera.

Más aún es necesario explorar la posibilidad que empresas privadas como las mineras, financieras, exportadores, como parte de su rol de responsabilidad social puedan aportar con recursos económicos o logísticos destinados a mejorar o preservar la salud de estas poblaciones. Podría darse el caso por ejemplo, que las empresas mineras asuman la responsabilidad de inversión en salud para la atención de las poblaciones ubicadas en su ámbito de explotación contratando personal itinerante, adquiriendo equipos y medicamentos, etc.

Otro mecanismo poco usado en el Perú pero si en otros países es el pacto que realizan los Gobiernos Regionales con las ONG cuyas actividades están destinadas a la salud, para que éstas desarrollen sus actividades de cuidado de la salud individual y colectiva en los ámbitos territoriales donde están ubicados las poblaciones excluidas y dispersas.

Del mismo modo en estas alianzas es importante contar con el apoyo de las agencias de cooperación internacional, particularmente en acciones de capacitación y cooperación técnica.

Finalmente, es necesario diseñar una modalidad de transferencia directa de recursos del SIS a las micro redes de salud por las prestaciones que éstos efectúan tanto con el personal de la oferta fija como de los EIS. Los recursos recepcionados deben servir para el stockamiento de medicamentos e insumos

6. LA NECESIDAD DE FORTALECER LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA:

Uno de los aspectos importantes que debe abordar el equipo de facilitadores regionales responsables de la capacitación de los equipos itinerantes en salud es la de prestarles toda la asistencia técnica para que este personal tenga la suficiencia y capacidad para prestar apoyo a las comunidades en el fortalecimiento de sus organizaciones.

Las primeras acciones que cumplen los DEIS en las comunidades es la prestarles el apoyo en el fortalecimiento y consolidación de la organización comunitaria para la conducción de las acciones de desarrollo territorial y dentro de ella de la salud. Para ello organizan reuniones con autoridades y líderes locales, seguidas de la identificación de los grupos organizados existentes (comités de desarrollo, pro-mejoramiento, salud y otros), con el fin de que ellos decidan quiénes asumirán la responsabilidad de conducir las acciones de salud de su localidad.

El proceso se inicia con la elaboración del plan de desarrollo comunal y la preparación de proyectos de desarrollo para su presentación ante las instancias locales y regionales.

6.1. LA NECESIDAD DE DISPONER DE INFORMACION SOBRE LAS POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

El MINSA tiene la gran responsabilidad en conceptualizar y categorizar a qué poblaciones se les considera dispersas y excluidas; qué criterios o condicionantes las diferencias de otros centros poblados, Una vez definidos estas variables tiene la inmensa tarea de conducir conjuntamente con los Gobiernos Regionales el proceso de identificación de estas poblaciones y construir el registro regional y nacional de estas poblaciones que con el discurrir del tiempo se irán depurando.

Organizar y oficializar el registro regional de comunidades excluidas y dispersas que existen en cada región que incluya la siguiente información:

- Acceso a dichas comunidades; medio de transporte durante temporada secano y medio de transporte en temporada de lluvias.
- Distancia del establecimiento de salud más próximo
- Población aproximada; N° de hombres, mujeres y niños
- Población afiliada al AUS
- Nivel de organización comunal.
- Causas de morbilidad de la población.
- Causas de mortalidad
- Presencia de entidades públicas en la comunidad.
- Actividades productivas de la comunidad.
- Existencia de comité local de salud y del o los agentes comunitarios de la comunidad.

Con esta información es posible la elaboración del Plan estratégico que muestre en un horizonte temporal determinado los objetivos y estrategias para lograr la cobertura en salud de estas poblaciones y consecuentemente el logro de su inclusión social.

6.2. LA NECESIDAD DE LA INCORPORACION DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD AL SISTEMA DE SALUD

El personal comunitario realiza acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades comunes, con el apoyo y supervisión de los Equipos Itinerantes en Salud. Los agentes comunitarios en salud son seleccionados por la propia comunidad, capacitados, certificados y acreditados por la micro red de servicios de salud e incorporados al sistema de salud. Todo el equipo básico de salud de la micro red participa en el proceso de capacitación con enfoque permanente, que facilita su inmersión progresiva en el conocimiento y manejo de las prioridades de salud locales. La

capacitación se realiza en forma sistemática en el nivel local y se complementa con acciones de monitoreo.

Los agentes comunitarios prestan sus servicios a la comunidad en los Centros Comunitarios de Servicios de Salud. Las acciones iniciales prioritarias de atención son:

- Vacunación, control de diarrea, control de infecciones respiratorias agudas, promoción del crecimiento.
- Control prenatal, referencia para la atención del parto en los establecimientos de salud, atención del puerperio, espaciamiento entre embarazos.
- Vigilancia de enfermedades metaxenicas , de la tuberculosis, de las enfermedades de transmisión sexual y atención de primeros auxilios para la población en general.
- Mejoramiento de la disposición de excretas y de la basura, control de la calidad del agua, de vectores y de la rabia, como parte de la atención al ambiente.
- Mejora de la habitabilidad

Para este efecto se requiere fortalecer el trabajo de los agentes comunitarios de salud y del sistema comunitario de salud:

- Capacitando a los promotores de salud, parteras y sanitarios, en forma permanente y de acuerdo con las prioridades sanitarias de la región.
- Potenciando las capacidades de las poblaciones rurales e indígenas a través de la formación no escolarizada de promotores, parteras y sanitarios. Se debería ir avanzando progresivamente en la recuperación de los conocimientos y saberes locales.
- Asegurando la educación continua y las acciones de seguimiento a los agentes comunitarios de salud con la finalidad de establecer relaciones estables y continuas entre los servicios de salud y la comunidad.
- Implementando un sistema de vigilancia comunal de salud que incluya un subsistema de notificación de enfermedades y problemas de salud prioritarios.
- Involucrando a la comunidad en el sistema de vigilancia comunal.

Hay que reconocer la labor del promotor de salud y su aporte a la atención sanitaria de las poblaciones excluidas. Este reconocimiento debe expresarse en la asignación de un incentivo económico.

7. LA NECESIDAD DE GENERAR INCENTIVOS PARA ESTIMULAR LA PRESENCIA DE PERSONAL DE SALUD EN ZONAS INHOSPITAS.

Es necesario que se desarrollen estrategias que permitan estimular la presencia del personal profesional en los establecimientos de salud más alejados y en las zonas rurales, principalmente de la Amazonía y los Andes.

Se puede iniciar un proceso de mejora de sus remuneraciones en forma escalonada; por ejemplo un primer tramo comprendería al personal de las micro redes que laboran por encima de los 3,000 metros sobre el nivel del mar o de aquellos que trabajan en las provincias más alejadas de la selva baja

El trabajo que realiza el EIS en las comunidades excluidas es de riesgo y como tal requiere de beneficios adicionales a los que se tiene; se propone por ejemplo que tengan 3 meses de descanso al año; un mes de vacaciones y dos para que se especialicen en medicina familiar; los médicos deben tener un puntaje adicional para el residentado. Podría darse el caso de profesionales serumistas que sean asignados a los EIS y gozar de los beneficios antes mencionados o que estudiantes del último ciclo del pregrado de las Facultades de Medicina podrían acompañar a los EIS como parte de su formación profesional

Por otra parte se hace necesario desarrollar un plan de capacitación y reconversión laboral para el total del personal de salud de los establecimientos de primer nivel e implementar el sistema de acreditación y certificación laboral.

8. LA URGENTE NECESIDAD DE FORTALECER LA OFERTA FIJA Y MOVIL BAJO UN ENFOQUE DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD.

En cuanto a la oferta fija se hace de necesidad inmediata fortalecer los centros de salud cabecera de micro red que atienden a comunidades excluidas geográficamente. Este fortalecimiento de la oferta fija debe tener un enfoque integral; es decir, debe considerar:

a. Las condiciones de infraestructura y equipamiento.
b. La disponibilidad de recursos humanos profesionales para la atención en salud, de preferencia procedente de la zona y bilingüe.
c. El desarrollo permanente de un programa de capacitación y fortalecimiento de los profesionales y técnicos de enfermería de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
d. La necesidad de dar prioridad al equipamiento, con medios de transporte y comunicación adecuados para cada zona en la que existan comunidades inaccesibles.
e. La adecuación cultural de los servicios de salud.
f. La incorporación de la medicina tradicional en la práctica médica como una estrategia para disminuir las brechas en la atención en salud.
g. La participación de representantes de la comunidad en la gestión de las micro redes de servicios de salud.
h. La inserción del plan de desarrollo de salud al plan territorial de la población.
i. Financiar sostenidamente las casas de espera, incluida la capacitación al personal de salud, tanto en conocimientos tradicionales de atención como en el respeto a la diversidad cultural. Estas casas de espera deberán contar, además, con programas que permitan la manutención de la paciente y sus acompañantes.

Con respecto al fortalecimiento de la oferta itinerante básica, se requiere: en este aspecto, las regiones en las que hay comunidades con alta exclusión geográfica deben disponer en sus respectivos presupuestos de operación el financiamiento de equipos itinerantes de salud en forma permanente, con recursos del PPR con la finalidad de asegurar que haya prestación de servicios de salud y que éstos sean complementarios con la oferta fija. Los equipos de prestación de salud itinerante deben considerar los siguientes aspectos:

a. Deben ser multidisciplinarios e incluir en su conformación a un profesional de ciencias sociales que tenga amplio conocimiento de las características de la población objetivo.
b. Es necesario que dispongan de equipos modernos y portátiles para la atención sanitaria primaria.
c. Deben identificar a la población que experimenta necesidades que se puedan resolver en las campañas de atención médica especializada.

La programación de las visitas de los Equipos Itinerantes en Salud debe realizarse de manera coordinada entre los establecimientos de salud que conforman la micro red de servicios de salud de tal manera que las actividades no se dupliquen innecesariamente y se pueda cubrir a la población que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad.

9. LA NECESIDAD DE COORDINAR VERTICAL Y HORIZONTALMENTE LA APLICACION DE LAS POLITICAS NACIONALES INCLUSIVAS Y EL MODELO DE ATENCION

El impacto de la reforma y la modernización sobre la gobernabilidad de país y la estabilización de la economía son evidentes. Sus logros son conocidos y positivamente comentados. Aún cuando esto genera nuevas condiciones y oportunidades para abordar aspectos urgentes de la agenda social pendiente; cerca de seis millones de compatriotas esperan por su inclusión en los beneficios del

desarrollo. Para acelerar el proceso de inclusión aún se requiere del aporte de la cooperación técnico financiera internacional, reembolsable y no reembolsable, multi y bilateral.

El Ministerio de Salud, promoverá la instalación de una Mesa Nacional con las organizaciones cooperantes con la finalidad de atender de manera prioritaria y concertada las demandas provenientes del proceso de inclusión en salud, desarrollo y alivio a la pobreza de las poblaciones alto andinas y amazónicas.

El Ministerio de Salud promoverá y ofrecerá asesoría técnica para que las instancias de planificación de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales integren una visión articulada en torno al desarrollo humano de las poblaciones excluidas y dispersas.

A su vez los Gobiernos Regionales deberán:

a. Conformar un Equipo Técnico (Comisión Regional), dependiente directamente del Despacho del Presidente Regional, que tendrá por funciones:

b. Conducir la implantación regional de la política nacional,
c. Coordinar con la comisión regional y las comisiones locales las actividades del proceso de implantación regional de la política,
d. Brindar asistencia técnica a los gobiernos locales,
e. Auditar la implantación sub regional de la política,
f. Informar sistemáticamente al Presidente Regional y periódicamente, y a solicitud, al Ministerio de Salud, a la Presidencia del Consejo de Ministros y al Congreso Nacional;
g. Evaluar el proceso de implantación regional de la política y formular y proponer los cursos de acción correctivos a que hubiere lugar.

10. LA NECESIDAD DE MANTENER VIVA LA AGENDA DE INCLUSION SOCIAL DE LAS POBLACIONES DISPERSAS Y EXCLUIDAS.

El Ministerio de Salud con ocasión del cambio de autoridades en los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales debe convocar a una **Reunión intergubernamental** de Presidentes de Gobiernos Regionales de las zons andinas y selváticas y de los Directores Regionales de Salud con el objeto de acordar aspectos relacionados con el desarrollo humano de las poblaciones excluidas y dispersas proponiendo la suscripción de un Acuerdo Nacional que contemple los siguientes puntos:

- ✓ Formular el Plan estratégico Regional de desarrollo de las poblaciones excluidas y dispersas.
- ✓ Definir el número de comunidades excluidas y dispersas que serán atendidas anualmente hasta cubrir el universo total.
- ✓ Formular el Plan Operativo Anual de atención en salud destinado a estas poblaciones.
- ✓ Mejorar los niveles de articulación del gobierno regional con el gobierno local para destinar coordinadamente los recursos transferidos por el PPR a las comunidades excluidas y dispersas evitando superposiciones.
- ✓ Descentralizar las decisiones de administración del AISPED a las micro redes de servicios de salud para que sobre la base de los perfiles de cargos aprobados por la red de servicios en coordinación con la DIRESA efectúe las acciones de selección y contratación de los profesionales y técnicos que conforman los AISPED por un periodo no menor de 06 meses.
- ✓ Conformar equipos itinerantes en salud con personal de la oferta fija de la microred; su traslado y permanencia en las comunidades será financiado con recursos del PPR.

La micro red organizada como una unidad básica de gestión y producción sanitaria; Contaría con un Directorio con representantes de las comunidades excluidas, autoridades de los gobiernos locales y representante de la red de servicios; El personal de salud es de la micro red y no de los establecimientos de salud, de modo que el jefe de la micro red puede planificar racionalmente la distribución del personal de salud en la micro red. El Ministerio de Salud prestaría el apoyo técnico para su concretización, para este efecto coordinaría con los gobiernos locales provinciales o distritales.

El Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales de Salud coordinaría acciones para la formación de facilitadores regionales encargados de formar cuadros de personal responsables de la capacitación permanente al personal de la oferta fija y de la oferta móvil.

.

El Ministerio y los Gobiernos Regionales convendrán que el trabajo de los AISPED estén orientados fundamentalmente a:

- ✓ La disminución de la desnutrición infantil
- ✓ La inmunización de la población infantil y adolescente
- ✓ La disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad neonatal
- ✓ La promoción de la lactancia materna
- ✓ La promoción del parto seguro institucional
- ✓ Planificación familiar
- ✓ Mejoramiento de los hábitos de vida: construcción de letrinas, cocinas mejoradas; habitabilidad; lavado de manos; control prenatal.
- ✓ Fortalecimiento de la organización y gestión comunal.
- ✓ Otorgamiento del DNI y afiliación al AUS.

ANEXO N° 1

PROPUESTA DE POLITICAS PUBLICAS DE ATENCION INCLUSIVA DE SALUD A POBLACIONES RURALES, EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

PROPUESTA DE POLITICAS PUBLICAS DE ATENCION INCLUSIVA DE SALUD A POBLACIONES RURALES, EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

Lic. Admon. Carlos Bendezú Watanabe
Noviembre 2010

ABREVIATURAS USADAS.

AUS	**Aseguramiento Universal en Salud**
AISPED	**Atención Integral a Poblaciones excluidas y Dispersas**
DNI	**Documento Nacional de Identidad**
MINSA	**Ministerio de Salud**
OPS	**Organización Panamericana de la Salud**
OMS	**Organización Mundial de la Salud**
PSBT	**Programa de Salud Básica para Todos**
PASA	**Programa de Apoyo al Sector Salud**
PPR	**Presupuesto por Resultados**

PROPUESTA DE POLITICAS PUBLICAS DE ATENCION INCLUSIVA DE SALUD A POBLACIONES RURALES, EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

INDICE

	Página
• I. ANTECEDENTES	
• 1.1 La exclusión de las poblaciones rurales	4
• 1.2 El esfuerzo desplegado a favor de las poblaciones excluidas y dispersas.	6
• II.- LA NECESIDAD DE CONTAR CON UNA POLITICA NACIONAL DE SALUD PARA POBLACIONES DISPERSAS Y EXCLUIDAS.	8
• III. MARCO LEGAL QUE SUSTENTA LA NORMA	8
• IV. RESULTADOS ESPERADOS	8
• V. LINEAMIENTOS DE POLITICA	10
• IMPULSAR EL COMPROMISO NACIONAL CON LA INCLUSIÓN EN SALUD, EL DESARROLLO Y EL ALIVIO A LA POBREZA DE POBLACIONES RURALES, ALTO ANDINAS Y AMAZÓNICAS.	10
• 2. EMPODERAR A LAS POBLACIONES RURALES, ALTOANDINAS Y AMAZONICAS.	11
• 3. DESARROLLAR EL CAPITAL HUMANO INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO	12
• 4. FORTALECER Y DESARROLLAR LAS REDES DE ESTABLECIMIENTOS, INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS, DE SERVICIOS DE CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	13
• 5. DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA SANITARIA INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA	15
• VI. ACUERDOS Y RESPONSABLES DE SU IMPLEMENTACIÓN	16
• BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	19

PROPUESTA DE POLITICAS PUBLICAS DE ATENCION INCLUSIVA DE SALUD A POBLACIONES RURALES, EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

I. ANTECEDENTES

1.1 La exclusión de las poblaciones rurales

El problema de la pobreza y las estrategias para su superación, alivio o mitigación, no son un tema nuevo en la agenda de los temas económicos, sociales y políticos, tanto a nivel internacional como nacional; aun conserva en las agendas de gobierno un lugar principal y prioritario. Uno de los mayores consensos entre los especialistas y expertos vinculados al tema, es la coincidencia respecto a que la pobreza es un fenómeno complejo y multidimensional en las causas que la generan y en los efectos.

De aquí la necesidad del análisis multi y trans disciplinario y la urgencia de concordar una definición. Se ha señalado[4] qué básicamente la pobreza, *es la falta de acceso o dominio de los requisitos básicos para mantener un nivel de vida aceptable.* Esto significa que una persona es pobre si no tiene suficiente alimentación o carece de acceso a una combinación de servicios básicos de educación, atención de salud, vivienda, sistemas de protección social y empleo adecuados.

G*eneralmente, el enfoque socio-económico*[5] *ha utilizado la variable ingreso como medida representativa de la pobreza,* básicamente, porque ésta proporciona los medios para asegurar la atención debida de las demás necesidades básicas de las personas. Por tal razón, la mayoría de los conceptos, métodos y las estrategias para combatir la pobreza, dedican suma atención *a la generación de ingresos como la principal solución del problema.*

La exclusión social es un concepto que abarca la noción de pobreza, pero no se agota en ella. Mientras que "pobreza" constituye una categoría económica que alude a los ingresos de los individuos, el concepto de "exclusión social" incluye otras dimensiones que implican el bienestar y el desarrollo integral de una colectividad. Este último concepto asume una perspectiva más relacional porque alude a la institucionalización de situaciones de desventajas económicas, políticas o culturales de grupos sociales vinculados a otros. La exclusión social enfatiza las dinámicas e interacciones sociales que se han ido reforzando en el tiempo y se han vuelto parte del sentido común y no únicamente los procesos individuales de empobrecimiento y marginalidad (Kabeer 2000)[6].

La exclusión social se puede definir como un conjunto de mecanismos estructurales que impiden a ciertos grupos sociales participar plenamente en las esferas económica, social, política y cultural de la sociedad. Estos mecanismos ocasionan falta de acceso a los servicios de salud, marginación residencial, inadecuada inserción en el mercado laboral, tendencias hacia la segregación ocupacional, limitaciones para recibir una educación de buena calidad y falta de una representación política efectiva en el Estado.

Cuando el tema de exclusión se asocia al sector salud, la Organización Panamericana de la Salud lo define de la siguiente manera[7]:… "la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud. Por lo tanto, se entiende

[4] Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Maroni Consultores SAC.

[5] Caracterización de la Población excluida de la Protección Social de Salud en el Perú- Mosqueira Rocío .OPS-2003

4.Lugar Preponderante del Género en la Erradicación de la Pobreza y las Metas de Desarrollo del Milenio. N*aila kabeer 2000.*

[7] Exclusión en salud en Países de América Latina y El Caribe. OPS/OMS 2003

la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan".

De esta definición se desprende el hecho de que la exclusión trasciende el sector salud y es un elemento que está incluido en la exclusión social; la exclusión social es definida como un proceso estructural multidimensional que abarca la precariedad del empleo y el desempleo por un lado y el quiebre de los lazos sociales producido por la crisis del Estado de Bienestar, el surgimiento del individualismo y el debilitamiento de las redes básicas de solidaridad como la familia, por el otro[8].

Rocío Mosqueira[9] discrimina dos dimensiones de exclusión en salud; la primera externa que tiene como fuente principal de exclusión las barreras de acceso, que las identifica como barreras económicas, geográficas, laborales y étnicas. En lo que se refiere a la dimensión interna que causa la exclusión, identifica dos fuentes de exclusión; la de estructura y de procesos; la primera referida a infraestructura y capital humano y la segunda referida al suministro de servicios directos e indirectos.

Al igual que en relación a la pobreza no disponemos de una definición precisa sobre "exclusión". El MINSA en la Norma Técnica Vigente sobre atención integral en salud a poblaciones excluidas y dispersas contribuye a su esclarecimiento; las define como[10] "aquellas que habitan en localidades con el mayor índice de dispersión poblacional y que se encuentran ubicados a más de 4 horas por camino de herradura y/ o vía fluvial, o por el medio de transporte más usado por la localidad, del establecimiento de salud más cercano".

Dado que también se ha definido tridimensionalmente [11] la exclusión como el "proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad.- económica, social o política viéndose privadas de una o varias opciones consideradas fundamentales para el desarrollo humano" resulta importante atender el concepto de exclusión social enfocados en la disponibilidad y acceso a recursos, en las relaciones sociales y en los derechos legales.

a. Exclusión económica

La exclusión económica se origina desde el momento en que el poblador de una comunidad campesina o nativa o colonos no están capacitados para ingresar o acceder al mercado de bienes y servicios por su escasa calificación técnica; sus actividades económicas son de subsistencia y su producción de autoconsumo con ingresos insuficientes que limitan su inversión en necesidades básicas y que por consiguiente se…"hallan expuestos a una elevada vulnerabilidad presupuestaria ante eventos de enfermedad que limita su acceso a los servicios de salud.."[12] .

b. Exclusión social

[8] Exclusión en salud en Países de América Latina y El Caribe. OPS/OMS 2003

[9] Mosqueira. Ibid

[10] La Norma Técnica 028-MINSA/DGSP-V-01del año 2009 que aprobada la Norma Técnica Atención Integral de Salud a Poblaciones excluidas y dispersas que fue derogada por la Norma Técnica Vigente: NTS 061-MINSA/DGSP-V-'01 define como **POBLACIÓN DISPERSA:** Es aquella población, cuya densidad poblacional está por debajo del promedio regional o provincial. Para la intervención del Equipo AISPED, se considerarán aquellas poblaciones con el índice de dispersión más extremo en el ámbito o que se ajusten a los estándares que el Nivel Regional establezca, las cuales estarán consignadas en el Registro Nacional de Poblaciones Excluidas y Dispersas geográficamente.

[11] Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Maroni Consultores SAC

[12] Mosqueira.Ibd

La exclusión Social se manifiesta en una marginación social por el pobre desarrollo de capacidades de la población para conocer, interpretar y poder acceder y participar en los cambios que requiere su sociedad o comunidad; entonces, hablar de exclusión social es expresar y dejar constancia de que el tema no es tanto la pobreza y las desigualdades en la pirámide social sino, en qué medida se tiene o no un lugar en la Sociedad, marcar la distancia entre los que participan en su dinámica y se benefician de ella, y los que son excluidos e ignorados fruto de la misma dinámica social. También supone alertar sobre los efectos en la evolución de la Sociedad y los riesgos de ruptura de la cohesión social que conlleva, así como todo un proceso de agresividad y violencia personal y social que desencadena. Es un germen de violencia en su triple componente: institucional, popular y represivo.

c. Exclusión Política

La característica básica de la exclusión política se refiere a las limitaciones para el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos, incluido el derecho a la libertad de expresión, el derecho a la seguridad a participar en el ejercicio del poder político; por ello radica en la carencia de poder de las poblaciones para cambiar su actual situación o para representarlos ante instancias de participación política del gobierno local y regional.

Estos tres puntos de exclusión han devenido en generar un circuito social que profundiza las brechas, genera tensiones sociales, polariza opiniones y puntos de vista, haciendo difícil la concertación y la visión conjunta del desarrollo, todo esto consolida la exclusión, el crecimiento de bolsones de población diferente en hábitos, en estilos de vida y generalmente con pérdida de valores que determina un tipo de expresiones en salud con un tipo de enfermedades y daños no solo relacionados con agentes patógenos, si no enfermedades relacionadas con la adecuación e interacción de las personas al contexto y su ambiente, problemas de salud mental como violencia ,alcoholismo, depresión , etc.[13]

La exclusión de las Poblaciones es un fenómeno externo que parte del eje de instituciones del entorno, siendo interno cuando se presenta la autoexclusión, al parecer la más peligrosa, ya que nadie puede cambiar por otro y eso limitaría a incorporar y transferir capacidades técnicas modernas en la comunidad. Además de que es importante relevar que un tipo de exclusión refuerza a las otras.

1.2 El esfuerzo desplegado a favor de las poblaciones excluidas y dispersas

El Perú dispone de una vasta experiencia en el trabajo sanitario extramural destinado a resolver los problemas más acuciantes de las poblaciones más pobres y alejadas. Las primeras intervenciones se remontan al año 1905, con la conformación de cuerpos de vacunadores para la prevención de la viruela; en 1933 el médico puneño Dr. Manuel María Núñez Butrón, forma la primera brigada sanitaria en Juliaca (Puno) conformada por promotores de salud denominados rikcharys dedicada básicamente a la vacunación y la promoción de la higiene para prevenir el tifus, también atendían partos, despiojaban a las personas y administraban algunos medicamentos.

A partir del 1970 el Ministerio de Salud promovió la conformación de las Brigadas de Penetración constituidas por enfermeras y técnicos sanitarios que se desplazaban a las poblaciones alejadas y pobres de los departamentos para atender acciones de inmunización. La extensión de la malaria en la década del 70 obligó al MINSA con el apoyo de la OPS a conformar Brigadas de Fumigadores, con profesionales voluntarios con el propósito de erradicar la malaria; pero además de las acciones fumigación; aplicación de insecticidas y entrega de tratamientos, estos equipos realizaban acciones de investigación de casos febriles, Su funcionamiento era centralizado y su trabajo paralelo a los establecimientos de salud.

[13] Los Comités de Desarrollo Comunal. Alfonso Nino. 2007

En la década del 90 estalla en nuestro país la epidemia del cólera cuyos efectos no fueron tan devastadores como en otros países gracias a la activa participación de la comunidad y la alianza que ésta tuvo con las direcciones de salud.

En el año de 1994 se inician programas de extensión de la cobertura de los servicios de salud a través del Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT), que en 1998 con apoyo de la cooperación de la Unión Europea a través del Programa PASA impulsó una modalidad de entrega de servicios de salud caracterizada por el desplazamiento de la oferta hacia las poblaciones con alta dispersión poblacional y difícil acceso geográfico; esta modalidad toma el nombre de Equipos Locales Itinerantes de trabajo extramural en salud.-ELITES cuyos pilotos se desarrollaron en las cuencas de los ríos Ene y Tambo en Junín y Bajo Huallaga en San Martín y progresivamente se fueron extendiendo a casi la totalidad de DISAS del país.

Esta exitosa experiencia, salvo acciones aisladas en Ayacucho, Cajamarca y otros lugares, no tuvo la continuidad que se requería por falta de consenso en la propuesta por el funcionariado del Ministerio de Salud y la no definición de un presupuesto especifico para la atención de estas; en los últimos años se ha reactivado el trabajo a favor de las Poblaciones excluidas tomando la denominación de atención integral a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED).

II.- LA NECESIDAD DE CONTAR CON UNA POLITICA NACIONAL DE SALUD PARA POBLACIONES DISPERSAS Y EXCLUIDAS.

La estrategia de atención integral en salud a las poblaciones excluidas y dispersas constituye una de las armas más poderosas diseñadas e implementadas por el Ministerio de Salud para abordar directamente una de las aristas del problema de la extrema pobreza en el Perú.

Sin embargo, pese a su importancia, la estrategia AISPED afronta algunos nudos críticos de orden político, técnico y administrativo que con buena voluntad y capacidad de concertación pueden ser resueltos con cierta facilidad generando rápidamente impactos perceptibles en el proceso de inclusión de las poblaciones que habitan en lugares alejados y dispersos.

Una Política Nacional, de la que se carece en la actualidad que declare de interés nacional en favor de la salud y consecuentemente del desarrollo de las poblaciones excluidas y dispersas obligaría a los tres niveles de gobierno a conjugar esfuerzos, a diseñar planes y estrategias y a sumar recursos financieros en favor de estas poblaciones.

La conducción de esta Estrategia por parte del MINSA es limitada y débil; la Coordinación Nacional de esta estrategia se encuentra ubicada en un cuarto nivel organizacional de la estructura del MINSA con dos o tres funcionarios que dedican una parte de su tiempo laboral a la supervisión, monitoreo y evaluación al trabajo de la estrategia AISPED; esta imagen se reproduce en el nivel regional donde los niveles políticos del Gobierno Regional (Presidencia y Consejo Regional) apenas si tiene una información muy superficial de esta Estrategia a pesar de que su objetivo blanco - se reitera – es la población en extrema pobreza.

La escasa importancia que le asignan a esta Estrategia en el nivel regional se traduce en la ausencia o debilidad del planeamiento territorial; vale decir no se dispone de un Registro Regional de las poblaciones excluidas y dispersas que viven en cada región; no se conoce en detalle el perfil epidemiológico de estas Poblaciones; tampoco se tienen desarrollado un plan estratégico regional que defina estrategias de abordaje a estas poblaciones; indicadores, metas y resultados en el corto, mediano y largo plazo.

III. MARCO LEGAL QUE SUSTENTA LA NORMA

a. Constitución Política del Perú
b. La Convención Internacional de los Derechos del Niño y Niña
c. Acuerdo Nacional

d. Ley de la descentralización
e. Marco Social Multianual 2009-2011
f. Ley del Aseguramiento Universal en Salud.
g. Modelo Integral de Atención en Salud.
h. Estrategia CRECER

IV. RESULTADOS ESPERADOS

a. Poblaciones excluidas y rurales empoderadas y participantes en el cuidado de su salud y en la toma de decisiones para la ejecución de sus planes y proyectos de desarrollo y la vigilancia ciudadana a la gestión de autoridades comunales y funcionarios públicos.

- Al 2011 todos los gobiernos regionales disponen de información actualizada de las poblaciones andinas y/o selváticas excluidas y dispersas de su ámbito jurisdiccional.
- Al 2012 todos los gobiernos regionales cuentan con un plan estratégico de desarrollo de las poblaciones excluidas y dispersas.
- AL 2012 el 100% de los habitantes de las Poblaciones excluidas y dispersas estarán afiliados al aseguramiento universal en salud.
- Al 2015 todas las poblaciones rurales cuentan con organizaciones fortalecidas y empoderadas; con planes y proyectos de desarrollo comunal en ejecución y en ejercicio de su ciudadanía.
- AL 2015 todas las poblaciones rurales cuentan con servicios de salud oportuna, adecuada y continua brindada por los establecimientos de salud con suficiente capacidad resolutiva complementados con equipos itinerantes en salud cuyos impactos más importantes se traducen en la disminución drástica y significativa de la morbimortalidad materno infantil y la reducción de la desnutrición infantil.

b. Marcos institucionales y legales que reafirmen los procesos de descentralización de políticas públicas inclusivas, interculturales y equitativas, con respeto a los derechos de las niñas, los niños, adolescentes y mujeres de las Poblaciones excluidas y dispersas y que aseguren el financiamiento de servicios de salud.

- Al 2011 las poblaciones excluidas y dispersas cuentan con una Política Nacional de atención inclusiva de salud a poblaciones rurales excluidas y dispersas de cumplimiento obligatorio por los gobiernos sub nacionales.
- Al 2011 el Ministerio de Salud ha formulado concertadamente con los Gobiernos Regionales un Plan de Monitoreo de la Política Nacional de atención inclusiva de salud a poblaciones rurales excluidas y dispersas cuyos resultados son informados a la Presidencia del Consejo de Ministros.
- Al 2011 en cada uno de los Gobiernos Regionales está funcionando Mesas de coordinación y concertación multinstitucional para la atención prioritaria de las Poblaciones rurales, andinas y selváticas, excluidas y dispersas con decisiones que son vinculantes.
- Al 2011 en cada uno de los Gobiernos Locales Provinciales está funcionando Mesas de coordinación y concertación multinstitucional para la atención prioritaria de las Poblaciones rurales, andinas y selváticas, excluidas y dispersas cuyas decisiones son vinculantes.
- A partir del 2011 el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y Locales destinan una parte de su presupuesto de gastos corrientes para la atención en salud a las Poblaciones excluidas y dispersas.

c. Opinión pública favorable a la inclusión y el desarrollo de las poblaciones alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas

- A partir del año 2011 el Ministerio de Salud ha fortalecido la red de comunicadores de los Gobiernos regionales y locales, de las ONGs y las instituciones privadas para la implementación de programas radiales, televisivos y escritos que fomenten en la población comportamientos y actitudes favorables a la inclusión y desarrollo de las poblaciones, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

V.- LINEAMIENTOS DE POLITICA

1. OBJETIVO

Involucrar a todos los niveles de gobierno, la sociedad civil, la universidad; la empresa privada y comunidad organizada en el proceso de inclusión en salud, el desarrollo y el alivio a la pobreza de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas

1.1. ACCCIONES ESTRATEGICAS

1.1.1. Acción trans sectorial y multinstitucional

El Perú, desde hace buen tiempo y a través de sucesivos gobiernos, ha desplegado importantes esfuerzos por reformar el Estado y modernizar la Administración Pública, incluido el Sector Salud. Parte de ese proceso ha sido generar espacios para la participación ciudadana, individual y colectiva.

El Ministerio de Salud y todos los niveles de gobierno convocarán, con arreglo al ejercicio de funciones sectoriales que la ley les faculta, a las organizaciones de la sociedad civil, a las universidades; a las iglesias, a las empresas privadas y las organizaciones sociales de base a conformar mesas de trabajo, con carácter vinculante, con la finalidad de lograr en el más breve plazo la inclusión en salud, el desarrollo y el alivio a la pobreza de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas.

1.1.2. Agenciamiento Financiero Público

Producto del impacto en la economía, del proceso de reforma del Estado y modernización de la administración pública, se ha incrementado la capacidad de recaudación del Estado generando nuevas oportunidades para el financiamiento de las políticas públicas.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, con arreglo a Ley, estimulará que los procesos de afiliación inmediata y total de la poblaciones alto andinas y amazónicas al régimen subsidiado del aseguramiento universal en salud con la finalidad de asegurar su acceso a las prestaciones que el AUS asegura. A la vez, el Ministerio de Salud, concertará con todos los niveles de gobierno la suscripción de acuerdos de cooperación técnica y gestión con la finalidad de asegurar mediante sus pliegos presupuestales para que consignen los recursos presupuestales destinados a la ejecución de proyectos de inversión en ampliación y recuperación de infraestructura y equipamiento; al incremento del personal de la oferta fija y móvil y el otorgamiento de incentivos; capacitación; adquisición de medicamentos e insumos, biológicos; monitoreo y supervisión; y, especialmente, para la implementación de los centros comunitarios de servicios de salud.

1.1.3. Agenda compartida y concertada con la cooperación técnica internacional

El impacto de la reforma y la modernización sobre la gobernabilidad de país y la estabilización de la economía son evidentes. Sus logros son conocidos y positivamente comentados. Aún cuando esto genera nuevas condiciones y oportunidades para abordar aspectos urgentes de la agenda social pendiente; cerca de seis millones de compatriotas esperan por su inclusión en los beneficios del desarrollo. Para acelerar el proceso de inclusión aún se requiere del aporte de la cooperación técnico financiera internacional, reembolsable y no reembolsable, multi y bilateral.

El Ministerio de Salud, promoverá la instalación de una Mesa Nacional con las organizaciones cooperantes con la finalidad de atender de manera prioritaria y concertada las demandas provenientes del proceso de inclusión en salud, desarrollo y alivio a la pobreza de las poblaciones alto andinas y amazónicas.

1.1.4. Agenciamiento Financiero complementario

El proceso de modernización del país; su inserción en el circuito mundial con la apertura de mercados y la estabilidad jurídica y financiera han permitido cierto nivel de sobre ganancias al sector privado empresarial generándoles la oportunidad de participar en el financiamiento de políticas públicas.

El Ministerio de Salud, promoverá la instalación y participará en la constitución y desarrollo de Mesas Nacionales con las empresas privadas interesadas en participar en el cofinanciamiento del proceso de inclusión en salud, desarrollo y alivio a la pobreza de las poblaciones alto andino y amazónico.

1.1.5. Asistencia técnica sectorial

El Ministerio de Salud promoverá y ofrecerá asesoría técnica para que las instancias de planificación de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales integren una visión articulada en torno al desarrollo humano de las poblaciones excluidas y dispersas.

1.1.6. Acción interdistrital

El Ministerio de Salud, en coordinación con los gobiernos regionales, promoverá la cooperación entre los gobiernos locales, provinciales y distritales, con la finalidad de maximizar recursos y garantizar la consolidación y desarrollo de las redes de establecimientos institucionales y comunitarios de salud. También promoverá el encuentro entre los municipios más desarrolladas con aquellos de menor desarrollo, para llevar a cabo tanto actividades de capacitación como de intercambio de experiencias. Para ello suscribirán convenios de colaboración para el desarrollo entre Municipios contiguos.

2. EMPODERAR A LAS POBLACIONES RURALES, ALTOANDINAS Y AMAZONICAS

2.1. OBJETIVO

Fortalecer las formas de organización comunitaria existentes dotándoles del instrumental política y técnico para que diseñen, prueben y pongan en práctica acciones (soluciones e iniciativas) que les permitan lograr su empoderamiento y alcanzar el bienestar de toda la población de manera conjunta y solidaria

2.2. ACCCIONES ESTRATEGICAS

2.2.1. Fortalecimiento de las organizaciones comunales para convertirlos en agentes de su propio desarrollo.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, rescatarán y fortalecerán las formas de organización propias de las poblaciones, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, desarrollando su capacidad de gestión en términos de toma de decisiones, negociación, intervención en la solución de sus problemas de salud y proyectarse hacia su desarrollo. Involucrarán en el compromiso nacional a las autoridades y líderes comunales que gocen de la mayor legitimidad para lograr la inclusión

en salud, el desarrollo, el alivio a la pobreza y en la implementación de las acciones necesarias para vivir como Poblaciones saludables.

2.2.2. Promover la participación en la gestión de los servicios de salud del primer nivel de atención y control ciudadano en la prestación de servicios en la comunidad

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales con arreglo a Ley, promoverá la descentralización de los servicios de salud del primer nivel atención con involucramiento de los gobiernos locales de modo que en esta instancia participen los representantes de las organizaciones comunales de las poblaciones excluidas y dispersas en la conducción corresponsable de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

La modalidad de cogestión y participativa permitirá optimizar recursos, dinamizar estrategias operativas, lograr el empoderamiento de la comunidad en el desarrollo de su salud y afianzará la sostenibilidad de la política de salud participativa, intercultural, integral e intersectorial.

2.2.3. Ampliar las oportunidades de participación de la mujer en la toma de decisiones que orienten al desarrollo de sus Poblaciones.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, participarán en el fortalecimiento de la participación de las mujeres en el cuidado de la salud de sí mismas, de su familia, de la comunidad y de su medio ambiente; Esto se logrará promoviendo la instalación de mesas locales con otros organismos públicos y privados, como el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Trabajo en el nivel central y en el nivel regional las Gerencias de Desarrollo Social o los que hagan sus veces de los Gobiernos regionales y Locales.

Estas mesas resultan vitales para desplegar esfuerzos orientados a la disminución de la mortalidad materna, la capacitación de los Agentes Comunales de Salud y la implementación de las casas de espera materna. Con la mujer organizada y capacitada las poblaciones alto andinas y amazónicas identificarán con mayor facilidad a las niñas y niños desnutridos y les proporcionarán consejería, vigilancia del crecimiento y desarrollo y suplementos nutricionales para una adecuada alimentación de los niños pequeños y de las mujeres embarazadas o que dan de lactar a sus niños.

El involucramiento de la mujer en acciones de salud colectivas constituye un hecho central en el mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de las familias en situación de pobreza. Mediante ella es posible influir positivamente en la distribución racional de sus recursos en el hogar ; el lograr el hábito del lavado de manos y el baño cotidiano; el uso de agua segura; instalación de letrinas; construcción de repisas; cocinas mejoradas y espacios fuera de la vivienda para los animales menores.

2.2.4. Promover el otorgamiento universal del DNI.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, impulsarán acciones para que se otorgue a todos los integrantes de las poblaciones alto andinas y amazónicas; excluidas y dispersas, el Documento Nacional de Identidad (DNI) que les asegura la participación en los beneficios que otorgan las políticas públicas y los programas sociales de protección social sobre todos los de salud en específico.

3. DESARROLLAR EL CAPITAL HUMANO INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO

3.1. OBJETIVO

Reclutar, inducir, desarrollar y garantizar la cantidad del capital humano en salud, institucional y comunitario, requeridos para el proceso de inclusión en salud, el desarrollo y el alivio a la pobreza de las poblaciones alto andinas y amazónicas.

3.2. ACCCIONES ESTRATEGICAS

3.2.1. Promover el desarrollo del capital humano comunitario en salud

La interculturalidad y la inclusión no sólo se manifiestan en la inclusión institucional del saber validado de las poblaciones alto andina y amazónica; se expresa fundamentalmente en la cooptación, debidamente regulada, de sus portadores al sistema institucional, especialmente en sus zonas de penetración, extensión y desarrollo.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, con arreglo a Ley, de preferencia en alianza con instituciones formadoras de recursos humanos, promoverán la identificación, registro, acreditación, capacitación y certificación de los expertos comunitarios en salud

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, con arreglo a Ley, de preferencia en alianza con instituciones formadoras de recursos humanos, promoverán la cooptación, capacitación y certificación de los expertos comunitarios en salud.

3.2.2. Promover el desarrollo del capital humano institucional en salud

La adecuación intercultural de los establecimientos de salud y de los protocolos de producción y entrega de servicios de cuidados de atención primaria de salud para las poblaciones alto andina y amazónica requiere de personal especializado y permanente

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, con arreglo a Ley, de preferencia en alianza con instituciones formadoras de recursos humanos, promoverán la capacitación especializada del personal profesional y técnico, mediante las estrategias educativas más apropiadas y convenientes.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, reconocerá como acción distinguida al personal profesional y técnico el mérito de su contribución al proceso de inclusión en salud, desarrollo y alivio a la pobreza de las poblaciones alto andinas y amazónicas. Promoverá entre ellos incentivos económicos y beneficios profesionales, incluida su participación en el becariado nacional e internacional. Priorizarán a los participantes en la implantación, consolidación y desarrollo de la nueva oferta fija y de la oferta móvil de servicios de cuidados de atención primaria básica y especializada de Salud.

4. FORTALECER Y DESARROLLAR LAS REDES DE ESTABLECIMIENTOS, INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS, DE SERVICIOS DE CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

4.1. OBJETIVO

Asegurar la oportunidad, adecuación y continuidad de la oferta de servicios de cuidados de atención primaria de salud a poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas promoviendo el mejoramiento continuo de la calidad en los establecimientos institucionales y comunitarios.

4.2. ACCCIONES ESTRATEGICAS

4.2.1. Fortalecer la oferta institucional en atención primaria en salud y atención integral como tal.

Incrementar la capacidad resolutiva de los establecimientos institucionales de salud cabecera de ruta de los Equipos Itinerantes de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales, alto andino y amazónico, excluido y dispersas.

La atención integral de los problemas de salud que aquejan a poblaciones rurales, alto andino y amazónico, excluido y dispersas requiere de una capacidad resolutiva definida, superior a la ofertada en la actualidad por los establecimientos de salud disponibles y con una conectividad efectiva hacia los mayores niveles resolutivos del sistema de salud de ser necesario y pertinente

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, promoverán la elaboración y ejecución de proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento suficiente para disponer de una respuesta social organizada y apropiada a los requerimientos de las poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas.

4.2.2. Fortalecer y extender los Equipos Itinerantes de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales, alto andino y amazónico, excluidas y dispersas.

Las barreras geográficas constituyen un importante factor de desaliento al consumo oportuno de estrategias terapéuticas indispensables para cambiar el curso natural de las enfermedades, especialmente las complicadas. Esto inhibe para actuar con eficacia y eficiencia, impactando positivamente sobre la instalación de las secuelas de ellas y sobre la mortalidad evitable.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, promoverán la cooptación del personal técnico y profesional para el ajuste total del número de Equipos itinerantes necesarios para la cobertura total de los requerimientos de las poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas.

4.2.3. Implantar, consolidar y desarrollar las redes de establecimientos comunitarios de cuidados de atención primaria de salud en las rutas de los Equipos Itinerantes de Atención Inclusiva de Salud.

La oportunidad de maximizar el desarrollo del capital humano requiere de personas sanas y protegidas. A ello contribuye el sector mediante la oferta permanente de servicios de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y su atención empleando tecnología, apropiada y apropiable, científicamente fundada, socialmente aceptable y culturalmente aceptable que permita a las ciudadanos las herramientas y equipamiento necesario para acceder a más y mejores oportunidades de desarrollo.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, implantarán centros comunitarios de servicios de salud. Estos son espacios organizativos y de desarrollo de las redes de vigilancia de la salud y nutrición materno infantil en las Poblaciones para identificación de casos, tratamiento comunitario básico y referencia.

Estarán equipados para la prestación de servicios de salud individual y colectiva y administrados por la propia comunidad; adecuadamente provisionados con medicamentos, insumos, biológicos, materiales educativos, suministros y equipos básicos para la atención integral, culturalmente pertinente, de la mujer embarazada, del niño por nacer, del niño menor de tres años y para la consejería dirigida a la familia, y para la atención pertinente y amigable de las necesidades de los adolescentes y jóvenes

4.2.4. Implantar, consolidar y desarrollar la oferta periódica de servicios de cuidados de atención de salud especializada en el Centro de Salud, base de la micro red y de los Equipos Itinerantes de Atención Inclusiva de Salud.

Mejorar de manera continua y sistemática la cantidad de vida individual requiere intervenir con energía sobre las enfermedades prevalentes no atendidas, por diversas causales, o no comprendidas en los paquetes de servicios de cuidados de salud de la oferta institucional fija y móvil de atención primaria básica de salud.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, promoverán y cautelarán que las micro redes, con arreglo a la información proporcionada por los Centros Comunitarios, los Equipos Itinerantes y el Centro de Salud Materno Infantil base, organizarán y ejecutarán campañas de oferta periódica de servicios de atención especializada orientada a resolver la patología prevalente acumulada y no atendida o en su defecto de optar por la referencia garantizada al nivel resolutivo que corresponda.

4.2.5. Vigilancia local del cumplimiento de los compromisos nacional y regional de la calidad de los servicios de salud.

El proceso de inclusión involucra necesariamente la propia participación de los beneficiarios. Es a ellos a quienes corresponde, como ciudadanos, la cautela de sus derechos y de los acuerdos convenidos entre los diferentes niveles de gobierno; y, entre estos, y la sociedad civil, la empresa privada, las iglesias y las organizaciones sociales de base.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, con arreglo a Ley, promoverán el derecho ciudadano de vigilancia de la calidad de los servicios de salud y el cumplimiento de los compromisos que la familia y la comunidad asumen en el cuidado de su salud. Los equipos itinerantes en salud rendirán cuenta de las acciones de salud que han efectuado en la comunidad como expresión del respeto al derecho de los pobladores y la comunidad. La Autoridad Comunal correspondiente de encontrar conforme los informes, extenderá una constancia de buena atención que conjuntamente con el informe que presente el EIS a la micro red serán requisitos para el pago de sus remuneraciones.

5. DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA SANITARIA INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA

5.1. OBJETIVO

Producir, difundir y promover el uso del conocimiento útil para el empoderamiento en salud de las poblaciones rurales, alto andino y amazónico, excluido y dispersas.

5.2. ACCCIONES ESTRATEGICAS

5.2.1. **Información para el planeamiento exitoso de la inclusión en salud:**

El desarrollo exitoso de las operaciones se encuentra determinada por el dominio de las leyes que rigen los fenómenos propios de la inclusión política y social y la capacidad predictiva y de elaboración de cursos de acción por los decisores de política y los conductores del proceso.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, en alianza preferente con entidades locales productoras de conocimiento, debidamente acreditadas, promoverán procesos de producción de conocimientos (Sistematización de la práctica, investigación básica u operativa, e, investigación exploratoria, descriptiva o explicativa) sobre las poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas.

5.2.2. **Información para la conducción exitosa de la inclusión en salud:**

Mantener cursos de acción apropiados que perfilen el éxito del proceso de inclusión, desarrollo y alivio a la pobreza de las poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, se encuentra condicionada directamente por la disponibilidad de información gerencialmente útil para los decisores de política y conductores del proceso sobre el desempeño organizacional y personal, producto de una supervisión interactiva y horizontal, basada en el inter aprendizaje, y, del monitoreo permanente y sistemático de las actividades establecidas.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, desarrollarán e integrarán un sistema de información nacional, enfocado territorialmente y de base interdistrital, que apoye a los procesos de evaluación y la elaboración de planes, programas y proyectos, de inversión, intervención sanitaria y soporte administrativo que contribuyan con el proceso de inclusión. El sistema incluirá la consolidación de los padrones únicos de hogares (SISFOH) información que facilitará y contribuirá en la afiliación total y rápìda al AUS. El uso de la información facilitará, complementariamente, para la identificación de áreas de oportunidad de emprendimiento e innovación para el desarrollo social y humano integral.

5.2.3. **Información para la continuidad exitosa de la inclusión en salud:**

La continuidad exitosa de la política de inclusión, desarrollo y alivio a la pobreza de las poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, se encuentra condicionada indirectamente por la disponibilidad de información por los conductores, planificadores y administradores y por los implementadores, beneficiarios y público en general y sobre el valor social de los productos y resultados y del impacto sanitario de los mismos.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, desarrollarán campañas comunicacionales sistemáticas que faciliten la visibilización de la situación en que viven las poblaciones altoandinas y amazónicas, promoverán sistemas de comunicación efectivos acerca de la situación y los logros del proceso de inclusión; la movilización de la opinión pública para lograr adherencias y desarrollar fidelidades sociales a favor de la causa de la inclusión en salud, el desarrollo y alivio a la pobreza. Se facilitaré especialmente la información a los medios de comunicación masiva por su importancia estratégica.

5.2.4. **Información para la continuidad estratégica de la inclusión en salud:**

La continuidad estratégica de la política de inclusión, desarrollo y alivio a la pobreza de las poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, se encuentra condicionada indirectamente por la percepción del gran público sobre el aporte y de los beneficiarios sobre el valor de las estrategias terapéuticas propias del saber ancestral en salud de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas.

El Ministerio de Salud, o quién haga sus veces en los gobiernos regionales y locales, en alianza preferente con entidades locales productoras de conocimiento, debidamente acreditas, promoverán procesos de validación del conocimiento de los expertos comunitarios y la validez de las estrategias terapéuticas empleadas en la atención de salud de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas.

VI. ACUERDOS Y RESPONSABLES DE SU IMPLEMENTACIÓN

La producción y entrega de servicios de cuidados de atención primaria de salud inclusivos demanda el despliegue de esfuerzos, sólidamente concertados, entre los gobiernos (Nacional, regionales y locales), la sociedad civil, la empresa privada y Poblaciones nativas altos andinos y amazónicos.

El ejercicio de la voluntad colectiva, producto de la concertación, deberá orientarse en favor de la superación de la pobreza, la reducción de la desnutrición infantil y la morbi mortalidad materno infantil evitable, atención de la tercera edad, observando el Acuerdo Nacional y los Objetivos del Milenio. Debe expresarse explícitamente en una Política Nacional que declare de necesidad pública e interés nacional la inclusión y el desarrollo económico y social de las poblaciones de los centros poblados con menos de 500 habitantes, distribuidos en viviendas distantes y aisladas una de otras, ubicadas en territorios geográficos muy accidentados y que pertenecen a distritos cuyos vecinos se encuentra calificados como pobres y muy pobres.

En consecuencia los diversos niveles de gobierno y las dependencias correspondientes elaborarán, aprobarán y pondrán en conocimiento público el instrumental normativo requerido para la ejecución de los contenidos de la concertación.

El Ministerio de Salud emitirá un Decreto Supremo que defina, a propuesta de los Gobiernos Regionales, las poblaciones excluidas y dispersas alto andinas y amazónicas beneficiarias de la Política Nacional y en las que las micro redes de servicios de cuidados de atención primaria de salud, bajo responsabilidad de los gobiernos regionales, implantarán el modelo de atención inclusivo en salud.

<u>El Decreto Supremo debería comprender:</u>

- ✓ La constitución de un Equipo Técnico (Comisión Central), dependiente directamente del Despacho del Ministro, que tendrá por funciones:
  a. Conducir la implantación nacional de la política,
  b. Coordinar con las comisiones regionales y locales las actividades del proceso de implantación nacional de la política,
  c. Brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales y locales,
  d. Auditar la implantación sub nacional de la política,
  e. Acreditar las comisiones regionales y locales constituidos y los procesos de agenciamiento y asignación de recursos
  f. Informar sistemáticamente al Ministro de Salud y periódicamente, y a solicitud, a la Presidencia del Consejo de Ministros y al Congreso Nacional;
  g. Evaluar el proceso de implantación nacional de la política y formular y proponer los cursos de acción correctivos a que hubiere lugar.

- ✓ Facultades a los gobiernos regionales, y, a las dependencias correspondientes para conceder una bonificación especial y diferencial a las remuneraciones del personal sanitario de micro redes de salud, encargados de la producción y entrega de servicios de cuidados de atención primaria de salud institucionales que, complementariamente a su labor, participen en las actividades de los equipos itinerantes en salud;

    a. Facultades a los gobiernos regionales y/o locales, y, a las dependencias correspondientes para: Invertir en el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los centros de salud base de las micro redes para la atención de partos eutócicos.
    b. Construir y/o ampliar casas de espera materna

- ✓ Facultades a los gobiernos regionales y/o locales, y, a las dependencias correspondientes para:

    a. Conducir en sus jurisdicciones el proceso de implantación del modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas.
    b. Constituir y conducir núcleos gestores participativos en las micro redes involucradas en la implantación del Modelo Atención Inclusivo de Salud para la atención de salud de las Poblaciones excluidas y dispersas
    c. Autorizarlos a orientar al PPR hacia el financiamiento de actividades preventivo promocionales y el financiamiento de los gastos que ocasione la referencia de los pacientes de las Poblaciones lejanas al centro de salud base, el transporte asistido de pacientes en estado crítico; autorizar el involucramiento y bono a parteras tradicionales, debidamente capacitadas y acreditadas, por transporte asistido de gestantes en estado crítico, promoción del parto institucional y como excepción por atención del parto inminente

El Presidente del Gobierno Regional emitirá una Resolución Ejecutiva Regional que defina, a propuesta de los Gobiernos Locales, las poblaciones excluidas y dispersas alto andinas y amazónicas beneficiarias de la Política Nacional y en las que las micro redes de servicios de cuidados de atención primaria de salud, bajo responsabilidad de los gobiernos regionales implantarán el modelo de atención inclusivo en salud.

La Resolución Ejecutiva Regional deberá comprender:

- ✓ La constitución de un Equipo Técnico (Comisión Regional), dependiente directamente del Despacho del Presidente Regional, que tendrá por funciones:

    a. Conducir la implantación regional de la política nacional,
    b. Coordinar con la comisión regional y las comisiones locales las actividades del proceso de implantación regional de la política,
    c. Brindar asistencia técnica a los gobiernos locales,
    d. Auditar la implantación sub regional de la política,
    e. Informar sistemáticamente al Presidente Regional y periódicamente, y a solicitud, al Ministerio de Salud, a la Presidencia del Consejo de Ministros y al Congreso Nacional;
    f. Evaluar el proceso de implantación regional de la política y formular y proponer los cursos de acción correctivos a que hubiere lugar.

- ✓ Facultades a las dependencias correspondientes para:

    a. Aprobar los proyectos de inversión para el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los centros de salud base de las micro redes para la atención de partos eutócicos
    b. Aprobar los proyectos de inversión para construir y/o ampliar casas de espera materna

c. Conducir en la Región el proceso de implantación del modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas.
d. Participar en la constitución y conducción de los núcleos gestores participativos en las micro redes involucradas en la implantación del Modelo Atención Inclusivo de Salud para la atención de salud de las Poblaciones excluidas y dispersas

El Alcalde Provincial y/o Distrital emitirá una Ordenanza Municipal que defina, a propuesta de las micro redes de salud, las poblaciones excluidas y dispersas alto andinas y amazónicas beneficiarias de la Política Nacional y en las que las micro redes de servicios de cuidados de atención primaria de salud, bajo responsabilidad de los gobiernos regionales implantarán el modelo de atención inclusivo en salud.

La Ordenanza Municipal deberá comprender:

- ✓ La constitución de un Equipo Técnico (Comisión Local), dependiente directamente del Despacho del Alcalde, que tendrá por funciones:

  a. Conducir la implantación local de la política nacional y su adecuación regional
  b. Coordinar con las comisiones nacional y regional y las redes y micro redes de salud las actividades del proceso de implantación local de la política,
  c. Brindar asistencia técnica a las redes y micro redes de salud,
  d. Auditar la implantación local de la política,
  e. Informar sistemáticamente al Alcalde y periódicamente, y a solicitud, a la Presidencia Regional, al Ministerio de Salud, a la Presidencia del Consejo de Ministros y al Congreso Nacional;
  f. Evaluar el proceso de implantación local de la política y formular y proponer los cursos de acción correctivos a que hubiere lugar.
- ✓ Facultades a las dependencias correspondientes para:

  a. Aprobar los proyectos de inversión para el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los centros de salud base de las micro redes para la atención de partos eutócicos
  b. Aprobar los proyectos de inversión para construir y/o ampliar casas de espera materna
  c. Conducir en la Provincia y/o Distrito el proceso de implantación del modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas.
  d. Constituir y conducir los núcleos gestores participativos en las micro redes involucradas en la implantación del Modelo Atención Inclusivo de Salud para la atención de salud de las Poblaciones excluidas y dispersas, una vez que los establecimientos de salud sean transferidos al gobierno local.

Para la promoción del desarrollo humano la concertación de voluntades y la coordinación programática, se extenderá a otros programas sociales llámese JUNTOS, AGRORURAL; Programa Nacional de lucha contra la violencia a la mujer, Wawa Wasi, PRONAMA, PRONAA, Aseguramiento Universal en Salud, etc.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

1. Guía para la Formulación de Políticas Públicas. USAID- Iniciativa de Políticas de Salud. Pedro Marchena. Lima Perú.2007.

2. Políticas para eliminar las Barreras Geográficas en Salud. CIES. Maroni Consultores. SAC 2007.

3. Caracterización de la Población excluida de la Protección Social de Salud en el Perú- Mosqueira Rocío .OPS-2003.

4. Lugar Preponderante del Género en la Erradicación de la Pobreza y las Metas de Desarrollo del Milenio. N*aila kabeer 2000.*

5. Exclusión en salud en Países de América Latina y El Caribe. OPS/OMS 2003.

6. Exclusión en salud en Países de América Latina y El Caribe. OPS/OMS 2003.

7. Los Comités de Desarrollo Comunal. Alfonso Nino. 2007.

ANEXO N° 02

PROPUESTA DE MODELO INCLUSIVO DE SALUD A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS

PROPUESTAS PARA LA CONSTRUCION DE UN MODELO DE ATENCION INCLUSIVO EN SALUD PARA LAS POBLACIONES RURALES EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

Noviembre 2010

INDICE:

		N° de Pagina
	Presentación	4
I	Introducción	6
	Resumen Ejecutivo	8
	CARACTERIZACIÓN	11
	1.1 La dispersión poblacional del Perú	11
	1.2 La exclusión en salud de las poblaciones rurales	12
	1.3 Aproximaciones al Perfil epidemiológico de las poblaciones dispersas y excluidas	15
	1.4 Las Brigadas Itinerantes en Salud	17
II	**LOS DETERMINANTES DE LA SALUD, EL PACTO NACIONAL Y LA ORIENTACION DEL MODELO DE ATENCION INCLUSIVA.**	
	2.1 Los Determinantes de la Salud	18
	2.2 El Pacto Nacional por los pueblos excluidos	20
	2.3 Orientación del Modelo de Atención	20
III.	**PRINCIPIOS DEL MODELO**	21
	3.1 Pleno respeto a los derechos de las personas	21
	3.2 Participación, promoción y protección de la ciudadanía	22
	3.3 Aseguramiento Universal en Salud	24
IV	**OBJETIVOS DEL MODELO**	26
V	**COMPONENTES DEL MODELO INCLUSIVO EN SALUD**	27
	5.1 Oferta Fija Institucional	28
	5.1.1 La provisión de servicios de salud en los establecimientos institucionales de la micro red.	28
	5.1.1.1 Organización y Funciones	28
	5.1.1.2 Funciones del Centro Base de la Micro red	29
	5.1.1.3 Unidades Productoras de Servicios	29
	5.1.2 La Gestión de los servicios de salud en la micro red	31
	5.1.2.1 Planificación Local concertada	31
	5.1.2.2 Sistema de registro y seguimiento	32
	5.1.2.3 Sistema de vigilancia de la salud comunal	33
	5.2 La Oferta Fija Comunitaria	34
	5.2.1 Características	34
	5.2.2 Áreas Funcionales de provisión de servicios	34
	5.2.2.1 Área funcional de admisión	35
	5.2.2.2 Área Funcional de Vacunación y vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños	35
	5.2.2.3 Área funcional de rehidratación oral o URO comunitario	35
	5.2.2.4 Área funcional de vigilancia de gestantes	35
	5.2.2.5 Área funcional de vigilancia familiar	36
	5.2.2.6 Área funcional del botiquín comunitario	36
	5.2.3 Sistema de Emergencia comunal	36
	5.2.4 Agentes Comunitarios en Salud	37
	5.3 La Oferta Móvil Itinerante	38
	5.3.1 Composición	38
	5.3.2 Selección de Personal	38
	5.3.3 Inducción de personal	39

5.3.4 El desarrollo del trabajo comunitario 39
5.3.4.1 El inventario de los centros poblados excluidos y dispersos. 39
5.3.4.2 Las acciones preparatorias del EIS para el trabajo en las comunidades: La planificación del trabajo comunitario 39
5.3.4.3 El trabajo del EIS en las comunidades 43
5.3.4.4 Acciones posteriores a las visitas 46
5.4 La Oferta Móvil Especializada 48
VI RESPONSABILIDADES DE LAS INSTANCIAS INTERSECTORIALES EN LA APLICACIÓN DEL MODELO. 49
6.1 Ministerio de Salud 49
6.2 Gobierno Regional 49
6.3 Dirección Regional de Salud 49
6.4 Red de Servicios de Salud 50
6.5 Micro red de servicios de salud 50
6.6 Gobiernos Locales 51
6.7 Comunidades Excluidas y dispersas 51
VII EL COMPONENTE DE GESTION 52
VIII EL FINANCIAMIENTO DE LAS ACCIONES DE SALUD ESTABLECIDAS EN EL MODELO. 53
IX LAS ACCIONES DE SUPERVISION Y MONITOREO. 53
X EVALUACION DEL MODELO INCLUSIVO: Proceso e Impacto. 54
XI ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO: La Ruta crítica tentativa 55
ANEXOS 56

PRESENTACIÓN

Las ideas que a continuación se expresan tienen dos fuentes de motivación; los pobres extremos que han vivido, viven y vivirán invisibilizados si el Estado realmente no toma cartas en su real envergadura para afrontar este lacerante problema y la segunda fuente de referencia es un artículo titulado "Un avance decisivo"[14] escrito por los señores Pedro Conceição y Selim Jahan en la revista "Finanzas y Desarrollo" del Fondo Monetario Internacional.

Animar el debate sobre alternativas de solución a la problemática de salud de las poblaciones excluidas y dispersas, principalmente alto andinas y amazónicas, no es una tarea sencilla, ni agradable, pero si muy desafiante.

La tarea es considerablemente compleja porque la solución involucra saberes distintos a los disponibles en salud, requiere un abordaje transdisciplinario. Lo es porque la solución no es sólo técnica y sectorial, sino transsectorial; y requiere de un abordaje político.

No es sencilla porque la propia condición de exclusión de estas comunidades no les confiere la visibilidad suficiente. Es por esto que la capacidad de asombro y de abordaje de decisores, planificadores y administradores de salud se encuentra disminuida. Sin ellas la producción de conocimiento útil se ve dificultada. Sin evidencia el tratamiento de la problemática se torna ideológico y poco práctico.

La tarea no es agradable porque las medidas a plantear resultan impopulares, en cierto modo desconocido e incierto en sus efectos colaterales y producen reacciones indeseadas e indeseables en diferentes auditorios.

Un proyecto de expansión de servicios de cuidados de atención primaria de salud, diseñada por planificadores de salud urbanos, difícilmente puede incluir soluciones válidas para atender la problemática de salud rural dispersa ¿Cómo decirlo sin generar reacciones defensivas entre los diseñadores de modelos de atención de salud?

Existe evidencia que los proyectos de expansión y desarrollo de servicios de cuidados de atención primaria de salud rural ganan en equidad, eficiencia y eficacia, cuando se involucra en su gestión a las autoridades locales y sus usuarios. ¿Cómo decirlo sin generar reacciones defensivas entre los administradores de salud por la sensación de pérdida de poder?

La implantación de una solución apropiada por las características de estas comunidades y del sistema de salud implica necesariamente un importante costo social entre sus implementadores.

¿Cómo decir que evitar su abordaje precariza las posibilidades de éxito de la política, especialmente por la elevada rotación de personal que genera?

Es que la atención inmediata de ese costo implica ofertar un salario diferenciado y otras medidas que hagan atractiva y sostenible la dedicación. ¿Cómo decirlo sin generar reacciones defensivas entre los empleadores regionales por temor a las reacciones gremiales?

La atención, en plazos mayores, implica abandonar la precariedad del empleo en salud y establecer la carrera sanitaria. ¿Cómo decirlo sin generar reacciones defensivas entre los financiadores de los servicios públicos?

[14] Finanzas y Desarrollo, revista del FMI. www.FMI.org

La implantación de una solución de este tipo demanda personal competente que maneje protocolos de atención culturalmente adecuados, con conocimiento y aceptación de otras culturas, con dominio de las lenguas de las comunidades nativas alto-andinas y amazónicas. ¿Cómo decirlo sin generar reacciones defensivas entre los administradores y usuarios de servicios públicos y privados de educación superior?

Garantizar la atención oportuna, adecuada y continua de las comunidades alto andinas y amazónicas requiere de la incorporación de sus saberes en la adecuación de los protocolos de atención en salud y el involucramiento de sus expertos en la atención. ¿Cómo decirlo sin generar reacciones defensivas entre los académicos y administradores de servicios públicos y privados de educación superior?

Pero independientemente del uso de los mejores medios, canales y contenidos de comunicación para mitigar el impacto de la información de las tareas a emprender sobre los auditorios involucrados; existe la necesidad urgente de decirlo.

Sucede que animar esta cuestión se enmarca en una condición especial para el país. Lo primero es la explosividad social manifiesta en estas comunidades; ella obedece entre otros factores a la inadecuada atención de sus problemas. Lo segundo, es que la polarización existe; obedece a la insatisfacción que produce un crecimiento definido de la economía sin el acompañamiento de apropiadas prioridades y políticas distributivas que a su vez se expresan en ingresos individuales insuficientes[15]. Lo tercero, es que el acelerado crecimiento de nuestra economía, que además esperamos sostenido, y la de las economías primario exportadoras , incrementan la necesidad de disponer de agua y energía requeridas, incrementando las tendencias al conflicto.

Este contexto define que el tratamiento de la inclusión de las poblaciones excluidas y dispersas, principalmente alto andinas y amazónicas, debe tener la prioridad de un problema de deuda social, seguridad interna y de defensa nacional

[15] 43% de peruanos tiene ingresos diarios inferiores a 28 nuevos soles. Perú 21,Lunes 25 de octubre de 2010

INTRODUCCIÓN

El fundamento de la propuesta comprende la caracterización de las denominadas poblaciones excluidas y dispersas; las relaciones existentes entre los determinantes de la salud de tales poblaciones y la necesidad de un pacto nacional en función de un modelo de atención inclusivo en salud; los principios o sentido teleológico de un proyecto de tal naturaleza; sus objetivos; sus componentes o el sustento de su factibilidad; las responsabilidades de gobierno, en todos sus niveles, la sociedad civil, la empresa privada y la comunidad organizada para viabilizar la propuesta; las peculiaridades de la producción y entrega de servicios de cuidados de salud que instrumenten la oportunidad, adecuación y continuidad; la necesidad del involucramiento de los principales actores locales en el soporte administrativo requerido; las características del financiamiento requerido; las modalidades de un aprendizaje interactivo entre funcionarios de distinto nivel de gobierno y entre administrativos y asistenciales y el control de sus actividades; la organización del cursos de acción tanto para correcciones, de ser necesarias, como para los procesos de consolidación y desarrollo del modelo; y, finalmente, el señalamiento de los arreglos institucionales para el anidamiento de la propuesta y el curso de acción para su implantación.

La caracterización de las denominadas poblaciones excluidas y dispersas introduce la demostración de la gradiente negativa en la participación en los beneficios, directos e indirectos, del desarrollo. Ella va de los grandes conglomerados poblacionales concentrados a los pequeños centros poblados dispersos; y, de la costa a la sierra y a la selva. Lógica especialmente negativa para el desarrollo, y hostil como restrictiva a los derechos humanos entre las comunidades nativas alto andinas, particularmente sureñas, y amazónicas.

En relación a los determinantes de la salud y su tratamiento entre estas comunidades muestra la necesidad de introducir una variación urgente y enérgica en el financiamiento de los servicios públicos; muestra que el sistema, sin una direccionalidad definida, tiende a reproducir los factores que motivaron e impulsaron la implantación de su modernización y reforma. Proceso cuya intencionalidad finalista, principalmente y en este periodo, para estas áreas geográficas no ha cambiado sustantivamente en lograr disminuir la mortalidad materno infantil y la desnutrición.

Por tal razón para recuperar la orientación de la modernización de la administración pública y la reforma del estado, formula que el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) para su implantación y desarrollo en las poblaciones excluidas y dispersas requiere de un arreglo institucional. Este arreglo urgente e indispensable, denominado Modelo de Atención Inclusivo en Salud (MAIS), debe orientarse por el Pleno respeto a los derechos de las personas, Por la participación, promoción y protección de la ciudadanía; y, por el Aseguramiento Universal en Salud. Para lo primero se requiere afirmar los principios de equidad en salud, equidad de género e interculturalidad; para los segundos se requiere afirmar los principios de participación social, inclusión en salud, empoderamiento, transectorialidad, descentralización y desarrollo; y para lo tercero, se requiere afirmar los principios de oportunidad, adecuación, continuidad, calidad, efectividad, eficiencia, e integralidad.

La aplicación de estos principios facilitará lograr el objetivo del arreglo institucional: lograr sistemas locales que integren la oferta fija y flexible institucional y la fija comunitaria organizada para garantizar el acceso oportuno, adecuado y continuo a servicios de cuidados de atención primaria de salud y servicios de salud recuperativos para las enfermedades más prevalentes de la población. Esto se logrará en el marco del involucramiento de todos los niveles de gobierno, la comunidad organizada, la empresa privada y los servidores públicos de salud, así como en la inclusión de las comunidades rurales, andinas y selváticas, excluidas y dispersas a la atención integral de salud; el fortalecimiento y ampliación de la capacidad resolutiva de los establecimientos de cabecera de ruta de los equipos de salud itinerantes; del optimar el desempeño de los equipos de salud itinerantes; el desarrollo de la red de servicios de salud comunitarios en las comunidades incluidas en las rutas de los equipos de salud itinerantes; y, establecer la oferta periódica de servicios de atención médica especializada en los establecimientos de cabecera de ruta de los equipos de salud itinerantes.

El arreglo comprenderá definir la oferta de servicios fijos y móviles institucionales, fijos comunitarios y móvil institucional de la Atención Primaria. Los Centros Comunitarios de Servicios de Salud se organizarán en las siguientes áreas funcionales: Admisión, primeros auxilios, vigilancia y control del crecimiento y desarrollo, tratamiento de diarrea e hidratación oral, tratamiento de la infección respiratoria aguda y botiquín, vigilancia de gestantes y vigilancia familiar, atención referencia de morbilidad.

Establece las responsabilidades de gobierno en todos sus niveles, la sociedad civil, la empresa privada, la comunidad organizada y de los trabajadores de salud para viabilizar la propuesta. Para asegurar el éxito del emprendimiento se propone constituir equipos técnicos, especializados en la tarea, adscritos a la máxima autoridad en todos los niveles de gestión.

Se enfatiza en las peculiaridades de la producción y entrega de servicios de cuidados de salud que instrumenten la oportunidad, adecuación y continuidad; brindando especial atención a la instrumentación de los Centros Comunitarios de salud como garante básico de las tres condiciones anotadas.

Adhiere a la necesidad de desarrollar la transectorialidad y la multi institucionalidad y hace hincapié en el involucramiento del gobierno local y de la comunidad organizada en la gestión de las actividades propuestas en el modelo.

Insiste en la necesidad de impulsar un modelo democrático y de aprendizaje mutuo tanto en la supervisión como en el control de las actividades y en la producción de conocimiento útil para el mejoramiento sistemático del modelo.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento se elabora con el propósito de suscitar un debate amplio de los salubristas del gobierno central y de los gobiernos regionales sobre las estrategias de inclusión a las poblaciones dispersas y excluidas de nuestro país.

No se dispone de información de certidumbre acerca de cuantos son y donde están; el INEI nos muestra información del Censo Nacional del año 2007 donde nos hacen conocer que de los 98,011 centros poblados que existen en nuestro país, 94,635 centros poblados tienen menos de 500 habitantes que en total hacen 5,985,000 pobladores que representan el 21.8% de la población total. Claro, es evidente que no todas estas poblaciones son dispersas o peor aún excluidas, pero es evidente que muy pocas poblaciones con menos de 500 habitantes deben contar con un establecimiento de salud que atienda sus necesidades de salud.

El MINSA desde hace más de 12 años ha puesto en práctica una estrategia para estas poblaciones que consiste en implementar un equipo de profesionales de salud con diferentes denominaciones AIS; ELITES y últimamente AISPED – médico, enfermera, obstetriz, odontólogo, educador y técnico sanitario- que transitan de una comunidad a otra prestando atenciones individuales y colectivas con resultados diversos.

La pobreza más dura se encuentra en estas poblaciones de modo que lograr su inclusión pasa por afirmar que existen una serie de condicionantes externos que determinan el estado de salud de la población; consecuentemente es imprescindible tomarlos en cuenta en el marco de una obligación del estado por su bienestar y atención de protección social.

Se define a la exclusión en salud a "la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud". Por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan; de acuerdo a esta definición y a sus características las regiones con mayor índice de exclusión son las regiones de la sierra, tales como Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Ayacucho, Cuzco, Apurímac y Puno y las localizadas en la selva como Amazonas, Loreto, San Martín y Ucayali.

A la fecha no se cuenta con información exacta de cuántas poblaciones son consideradas dispersas y excluidas; tampoco se conoce cuánta población está inmersa en esta situación. De igual forma no es posible precisar cuál es su perfil epidemiológico, de modo que utilizando la información de los ASIS regionales se puede inferir que llas principales causas de morbilidad en menores de 5 años en las comunidades dispersas y excluidas de las regiones de Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Puno son:

- Infección de vías respiratorias agudas
- Afecciones dentales y periodontales
- Enfermedades relativas a infecciones intestinales
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- Otras enfermedades infecciosas y parasitarias
- Deficiencias de la nutrición.

Igualmente las principales causas de morbilidad en menores de 5 años en las regiones de Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali son:

- Infección de vías respiratorias agudas
- Helmintiasis
- Enfermedades de la cavidad bucal
- Enfermedades relativas a infecciones intestinales

- Enfermedades debido a protozoarios
- Anemias nutricionales
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Para estas poblaciones se pretende construir un modelo inclusivo de atención que tiene como objetivo integrar la oferta fija y flexible y la interrelacione con la oferta comunitaria organizada, fortalecida y culturalmente aceptada, a fin de dar acceso a las comunidades rurales y principalmente a las poblaciones excluidas y dispersas que habitan en las regiones altoandinas y selváticas al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, aplicando estrategias viables, factibles y socialmente aceptables.

El Modelo se sustenta en tres grupos de principios: Pleno respeto a los derechos de las personas que comprende los principios Equidad en salud; Equidad de género en salud e interculturalidad. El segundo grupo de principios es el de Participación, promoción y protección de la ciudadanía que comprende los principios de Participación Social, inclusión en salud, Empoderamiento, Desarrollo, Descentralización y transectorialidad; Finalmente el tercer grupo de principios se enmarca en el Aseguramiento Universal en salud con los, principios de oportunidad; adecuación, continuidad, calidad y efectividad.

La pobreza de las poblaciones excluidas está relacionada con la falta de activos productivos (tierra, ganado, tecnología y crédito), los pobladores tienen parcelas con un promedio menor a 3 hectáreas, con serios problemas de erosión, además de deficiencias en la cantidad de agua disponible para riego en algunos periodos. Se dedican principalmente a actividades agrícolas y pecuarias de autoconsumo por tanto presentan una baja articulación con el mercado debido al aislamiento en que se encuentran con respecto a los centros poblados, enfrentando altos costos para trasladar su mercadería.

Estos factores determinan una baja productividad y una asimetría en la competencia de sus productos en el mercado a los que se agrega el menor acceso y baja calidad de la educación rural, lejanía, falta de acceso a infraestructura y servicios básicos (luz, agua, desagüe, electricidad) incluyéndose los servicios de salud y aunándose a todo esto las barreras culturales y de idioma que en suma precarizan la situación de la salud de la población que finalmente se traduce en elevados índices de desnutrición infantil, altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Esta situación obliga a una acción intersectorial que permita aunar esfuerzos, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, y, puede materializarse en forma de iniciativas comunes, alianzas, coaliciones o relaciones de cooperación.

En este contexto la propuesta inclusiva de atención a las poblaciones excluidas plantea la coexistencia de cuatro (4) puntos de entrega de prestaciones de salud: una oferta fija institucional representado por los establecimientos de salud que conforman la micro red; una oferta fija comunitaria afincada en la propia comunidad y administrada por ellos mismos e implementada por el gobierno local; una oferta móvil de atención primaria, denominada Equipos Itinerantes de Salud conformada por profesionales de la salud que tiene dos misiones en las comunidades cuyas visitas han sido previamente programadas: una de prestar servicios de salud individual y colectiva y otra la de fortalecer la organización comunitaria; ambas misiones se complementan en la búsqueda del desarrollo humano. Un cuarto punto de entrega del modelo lo constituye la oferta móvil especializada para la prestación de servicios de salud de cierta complejidad cuya prevalencia haya sido identificada y acumulada por los equipos itinerantes en salud y el personal de salud de los establecimientos de salud de categoría I – 1 y I – 2 de la microred, y que amerite que médicos provenientes de establecimientos de salud de mayor complejidad se trasladen temporalmente a las cabeceras de la micro red para atender estas prestaciones.

La producción y entrega de servicios de cuidados de atención primaria de salud inclusivos demanda el despliegue de esfuerzos, sólidamente concertados, entre los niveles de gobierno (nacional, regional y local), la sociedad civil, la empresa privada y las comunidades alto andino y amazónico.

El ejercicio de la voluntad colectiva, producto de la concertación, deberá orientarse en favor de la superación de la pobreza, la reducción de la desnutrición infantil y la morbi mortalidad materno infantil evitable, atención de la tercera edad, observando el Acuerdo Nacional y los Objetivos del Milenio. Debe expresarse explícitamente en una Política Nacional que declare de necesidad pública e interés nacional la inclusión y el desarrollo económico y social de las poblaciones de los centros poblados con menos de 500 habitantes, distribuidos en viviendas distantes y aisladas unas de otras, ubicadas en territorios geográficos muy accidentados y que pertenecen a distritos cuyos vecinos se encuentran calificados como pobres y muy pobres.

En consecuencia los diversos niveles de gobierno y las dependencias correspondientes elaborarán, aprobarán y pondrán en conocimiento público el instrumental normativo requerido para la ejecución de los contenidos de esta concertación para la acción.

.

PROPUESTAS PARA LA CONSTRUCION DE UN MODELO DE ATENCION INCLUSIVO EN SALUD PARA LAS POBLACIONES RURALES EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

I. CARACTERIZACIÓN

1.1 La dispersión poblacional del Perú

Se entiende como población dispersa[16] a aquella que pertenece a un centro poblado con menos de 500 habitantes, distribuidos en viviendas distantes y aisladas unas de otras, ubicadas en territorios geográficos muy accidentados y que generalmente pertenecen a distritos calificados como pobres y muy pobres.

Según INEI[17] el Perú cuenta con una población de 27.412,000 habitantes distribuidos de manera desigual en el territorio nacional y altamente concentrada en Lima, ubicada en 98,011 centros poblados.

El 70% de la población peruana vive en el 1.26% de los centros poblados existentes, mientras que un 8.2% vive en centros poblados que tienen entre 500 y 1999 habitantes, que constituyen el 2.73% de estos.

Según nuestro concepto operacional de población dispersa, el 96.01% de los centros poblados del país tienen esta característica, es decir, albergan menos de 500 habitantes y concentran al 21.8% de la población, en términos absolutos 5 millones 985 mil personas aproximadamente.

TAMAÑO DE CENTRO POBLADO	CENTROS POBLADOS		POBLACIÓN EN MILES		POBLACIÓN PROMEDIO POR CENTRO POBLADO
	Número	%	Número	%	
Total	**98,011**	**100**	**27412**	**100.0**	**216,00**
500, 000 habitantes a más	2	0	1478	5.4	739,000
100,000 a 499 000 habitantes	42	0.04	9072	33.1	216,000
50, 000 a 99 999 habitantes	550	0.05	3361	12.3	67,220
20, 000 a 49 999 habitantes	71	0.07	2123	7,7	29,901
2,000 a 19 999 habitantes	570	0.58	3151	11,5	5528
500 a 1,999 habitantes	2671	2.73	2248	8,2	839
100 a 499 habitantes	20,994	21,42	4, 411	16,1	210
50 a 99 habitantes	12,206	12,45	881	3,2	72
Menos de 50 habitantes	61.405	62,65	693	2,5	11

Fuente: INEI, Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

En cuanto a la distribución de la población,15,408,537 habitantes están ubicados en la costa, el 55% de ellos se concentra en Lima y Callao (aproximadamente 8 millones 500 mil), donde se cuenta con la mejor red vial y la mayor cobertura de los servicios públicos, por otra parte, 8,771,000 habitantes se ubican en la sierra y 3,675,000 lo hacen en la selva, los mismos que no cuentan con la misma cobertura de red vial y el acceso a servicios públicos básicos, constituyendo fuente de constante descontento y, por lo mismo, de potencial conflicto social.

[16] La Norma Técnica de Salud N°081-MINSA/DGSP V.O define a la población dispersa y excluida como aquella población que habita en localidades con el mayor índice de dispersión poblacional en el ámbito regional y que se encuentran ubicadas a más de cuatro horas, por camino de herradura y/o fluvial, por el medio de transporte más usado a la localidad del establecimiento de salud más cercano.

[17] Plan Perú 21.Plan Estratégico Nacional. CEPLAN.2010

Esta situación se agudiza cuando nos remitimos a la distribución por regiones naturales de los centros poblados con menos de 500 habitantes, tal como se muestran en el siguiente cuadro:

NUMERO DE CENTROS POBLADOS CON MENOS DE 500 HABITANTES SEGÚN REGIONES NATURALES DEL PERU

REGION	CENTROS POBLADOS		POBLACIÓN ESTIMADA	
	Número	%	Número	%
COSTA	8,963	9,47	785,000	13,12
SIERRA	72,134	76,22	3,743,000	62,54
SELVA	13,538	14,31	1,457,000	24,34
TOTAL	94,635	100,00	5,985,000	100,00

Fuente: INEI 2007: XI de Población y VI de Vivienda**.**

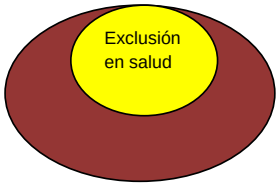
Existen por lo tanto, 94,635 centros poblados que tienen menos de 500 habitantes que absorben el 21.8% de la población nacional y están formados por 2 millones 222,811 viviendas, de las cuales 332,288 son cabañas o chozas separadas unas de otras por largas extensiones.

Se evidencia además que la mayor cantidad de centros poblados, con menos de 500 habitantes se encuentra en la región sierra y que están ubicados en los departamentos con mayor población afectada por la pobreza. Se trata, además, de poblaciones que muestran una economía poco desarrollada o de subsistencia, vinculada a la producción primaria, razón por la que carecen de articulación con los mercados regionales más cercanos.

1.2 La exclusión en salud de las poblaciones rurales

La definición sobre exclusión en salud que hace la Organización Panamericana de la Salud es[18]… "la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud. Por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan".

De esta definición se desprende que la exclusión trasciende el sector salud y es un elemento que está incluido en la exclusión social; entonces la exclusión social es definida como un proceso estructural multidimensional que abarca la precariedad del empleo y el desempleo por un lado y el quiebre de los lazos sociales producido por la crisis del estado de bienestar, el surgimiento del individualismo y el debilitamiento de las redes básicas de solidaridad como la familia, por el otro lado[19].



Exclusión social

Mosqueira Rocío[20] considera dos dimensiones de análisis de la exclusión en salud: externas e interna; la primera se refiere a los factores que condicionan la demanda por los servicios de salud y éstas barreras pueden ser económicas, geográficas, laborales, étnica y de género. Las internas están asociadas a

[18] Exclusión en salud en Países de América Latina y El Caribe. OPS/OMS 2003

[19] Exclusión en salud en Países de América Latina y El Caribe. OPS/OMS 2003

[20] Caracterización de la población excluida de la protección social de la salud en el Perú.2003

factores de infraestructura y procesos productivos que limitan el acceso a servicios de salud por el lado de la oferta, La siguiente tabla muestra este análisis.

Indicadores de análisis según dimensiones y fuentes de exclusión de protección social

Dimensión de la exclusión	Tipo de la exclusión	Fuente de exclusión	Indicador	Definición
Externa al sistema de salud	Barreras de acceso	Económica	Población en situación de pobreza; población no asegurada; población pobre no asegurada; población pobre no asegurada que no utiliza servicios de salud	Se está considerando tanto a la población en situación de pobreza extrema y no extrema; Personas que no cuentan con un seguro contributivo ni potestativo a tarifas elevadas - Se considera razones económicas a insuficiencia
		Geográfica	Personas que residen en lugares distantes a un establecimiento de salud;- Población residente en áreas rurales	Corresponde a la población urbana cuyo tiempo de recorrido a un establecimiento de salud es superior a 30 minutos o a la población rural cuyo tiempo de recorrido excede 1 hora
		Laboral	Personal no asalariado o informal	Incluye a la población independiente o a la población dependiente sin contratos laborales
		Étnica	Población perteneciente a minorías étnicas	Población cuya lengua materna no corresponde al castellano ni a una lengua foránea
		Genero	Tasa condicional de utilización de servicios de salud; pobreza, aseguramiento en salud, edad y etnicidad; satisfacción de usuarios, gasto familiar en salud	Se trabaja cada indicador discriminando la información y el análisis según genero
		Suministro de servicios públicos	Personas con carencia de servicios de agua; Personas con carencia de servicios de desagüe; Personas con carencia de servicios de electricidad; Personas con carencia de los tres servicios básicos.	Son aquellas personas que no cuentan con servicio de agua conectado a una red pública; Son aquellas personas que no cuentan con servicios de energía eléctrica; corresponde a la población que no cuenta con tres servicios básicos (agua, desagüe y electricidad)

Tomado de Exclusión en salud en Países de América Latina y El Caribe. OPS/OMS 2003

La exclusión en salud es muy difícil de caracterizarla, pero se puede manifestar en cualquiera de las siguientes situaciones:

a. Cuando no existe la infraestructura mínima[21] que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo.
b. Cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud.
c. Cuando las personas no pueden acceder a servicios de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, independientemente de la capacidad de pago.

[21] Se entiende por " infraestructura mínima" al área funcional de un establecimiento de salud categorizado como I-1 dedicada a la atención integral ambulatoria a la demanda del niño, adolescente, adulto y adulto mayor con actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de problemas de salud que por su naturaleza y grado de compromiso pueden ser manejados en el primer nivel de atención. Como mínimo debe contar con Técnico o Auxiliar de Enfermería ; un espacio asignado para la atención adecuada del paciente respetando su dignidad y privacidad de acuerdo a los criterios establecidos de acuerdo a normatividad vigente; con mobiliario, equipo e instrumental mínimo necesario de acuerdo al servicio que se brinda, de acuerdo a la normativa vigente .

El mismo documento de la OPS entiende el vocablo “acceso” como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud. Para que el acceso se produzca, se deben dar dos condiciones:

a. La persona que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.
b. Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido. Para que ello ocurra, debe operar un conjunto de tres procesos: producción, entrega y disponibilidad del bien o servicio de salud

Con relación a la exclusión en salud en el Perú se debe manifestar que el problema tiene una base fuertemente externa al sistema de salud.

Los factores externos al sistema de salud, explican del 100% de los factores el 54% del riesgo de exclusión; dentro de ella está comprendido los factores de pobreza que representan el 13%, la condición rural de parte de sus habitantes con el 16%, seguidos muy de cerca por la falta de servicios, saneamiento y electricidad en la vivienda 13%, y en menor medida por la discriminación étnica 7%, explican la barrera externa.
Los factores vinculados a la dimensión interna al sistema de salud dan cuenta del 46%, resaltan las variables referidas a procesos como el suministro de servicios esenciales de salud, tales como partos no institucionales y controles de embarazo por debajo de la norma, las cuales explican el 16% y 12% del valor del índice de exclusión, respectivamente

El cuadro siguiente explica lo manifestado;

Descomposición del índice de exclusión	
Variable	**Peso relativo en el índice de exclusión**
Pobreza	13%
Aseguramiento de salud	3%
Área geográfica	16%
PEA	2%
Discriminación étnica	7%
Género	n.d.
Suministro de agua	5%
Servicios sanitarios	3%
Electricidad	5%
Disponibilidad de establecimientos públicos de III nivel	6%
Médicos por cada 1.000 habitantes	7%
Camas por cada 1.000 habitantes	5%
Partos no institucionales	15%
Controles embarazo debajo de norma	13%
Abandono de vacunas	n.v
Calidad	n.v
Total	100%
Resumen:	
Barreras de entrada	54%
Económicas	16%
Geográficas	16%

Laborales	2%
Étnicas 7	7%
Suministros servicios públicos	14%
Internas al sistema de salud	46%
Estructura	19%
Suministros de servicios	27%

Nota: n.d. = no disponible; n.v. = no válido.
Fuente: ENAHO IV trimestre 2001; ENDES IV 2000

Considerando estas variables las regiones con mayor índice de exclusión son las regiones de la sierra, tales como Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Ayacucho, Cuzco, Apurímac, Puno y los departamentos localizados en la selva como Amazonas, Loreto, San Martín y Ucayali.

1.3. Aproximaciones al Perfil epidemiológico de las poblaciones dispersas y excluidas.

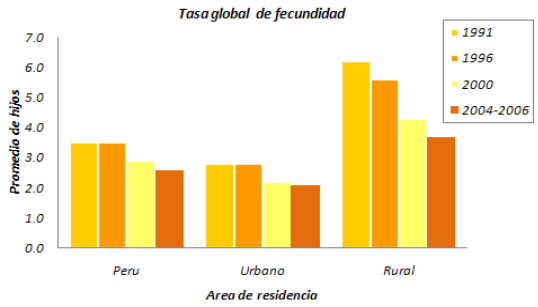
Para el desarrollo del presente documento se buscó información acerca del perfil epidemiológico de las poblaciones dispersas y excluidas; lamentablemente hay poca información al respecto; la escasa información que proviene de los informes que los Equipos AISPED realizan luego de sus visitas a las poblaciones excluidas, no son procesadas por las Direcciones Regionales de Salud y menos informadas al Ministerio de Salud.

Por ello, se presenta una aproximación, utilizando información secundaria relacionada con las características principales de la población que es atendida por los equipos AISPED, es decir ubicación y nivel de pobreza.

El análisis de la situación del Perú (ASIS.- 2009) del Perú manifiesta lo siguiente:

a. La tasa de fecundidad es 2 a 3 veces mayor en las regiones de la sierra y selva respecto de la costa y de las grandes ciudades. Los departamentos con mayores Tasas son Apurímac. Huancavelica, Loreto, Amazonas, Huánuco y Ayacucho Fuente: INEI. Compendio Estadístico Socio demográfico 2,000. Lima: INEI; 2000.

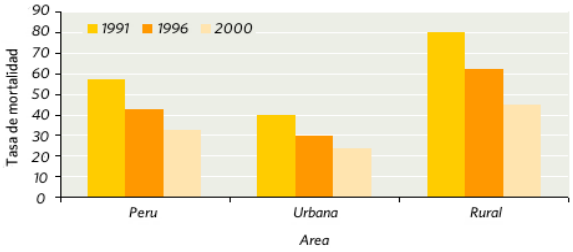
Tasa global de fecundidad (TGF), según área de residencia: 1991-1992, 1996, 2000 y 2004-2006



Fuente *FUENTE: INEI. ENDES: II, III, IV y V Encuesta Demográfica y de Salud Familiar,1991-1992, 1996, 2000 y 2004-2006.*

b. La Tasa de mortalidad infantil es menor a 20 por 1,000 nacidos vivos en Lima Metropolitana y grandes ciudades y mayor a 80 por mil en provincias alto andinas

Mortalidad infantil, según área de residencia (1991, 1996, 2000) - últimos 5 años de cada encuesta



Fuente: *FUENTE: INEI. ENDES: II, III y IV, 1991-92, 1996 y 2000.*UNFPA. 2003

La Tasa de mortalidad materna. La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

La tasa de mortalidad materna en el Perú continúa en un nivel inaceptablemente alto. Si bien es cierto que las cifras de mortalidad materna varían bastante según la fuente y son altamente controversiales, los mejores estimados para el Perú sugieren que aproximadamente 1,400 mujeres y niñas mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con el embarazo. Además, entre 28,000 y 42,500 mujeres y niñas peruanas quedarán discapacitadas debido a complicaciones durante el embarazo y el parto cada año.

¿Por qué es difícil medir la mortalidad materna? El subregistro. El registro incorrecto Los métodos utilizados para calcular la tasa de mortalidad materna son con frecuencia complejos y muy costosos. El número real de muertes maternas que ocurren en un lugar y período determinado es relativamente bajo. Por lo tanto, para obtener estimaciones exactas es necesario encuestar a grupos grandes de población.

La mayor proporción de muertes se producen en zonas de alta ruralidad y exclusión social; siendo Puno, Cajamarca, Cusco, Piura, La Libertad, Huánuco, Junín, Loreto, Huancavelica, Ancash y Ayacucho, las de mayor incidencia y Lima presenta un número importante por ser centro de referencia nacional y concentrar el mayor porcentaje de población del nivel nacional.

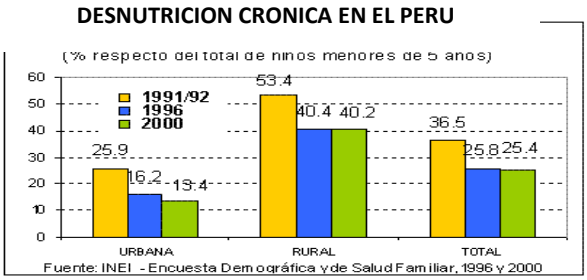
N° de muertes maternas notificadas por año 1997-2007

1997	769
1998	739
1999	691
2000	655
2001	612
2002	542
2003	555
2004	628
2005	596

2006	536
2007	513

Fuente: Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015.

d. La Prevalencia de desnutrición crónica es en promedio de 12 % en Lima Metropolitana, y mayor al 50% en las regiones comprendidas en lo que se llama el trapecio andino.



e. Las principales causas de morbilidad en menores de 5 años en las regiones de Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Puno[22]

- Infección de vías respiratorias agudas
- Afecciones dentales y peri dentales
- Enfermedades de infecciones intestinales
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- Otras enfermedades infecciosas y parasitarias
- Deficiencias de la nutrición.

f. Las principales causad de morbilidad en menores de 5 años en las regiones de Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali son:

- Infección de vías respiratorias agudas
- Helmintiasis
- Enfermedades de la cavidad bucal
- Enfermedades de infecciones intestinales
- Enfermedades debido a protozoarios
- Anemias nutricionales
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- Otras enfermedades infecciosas y parasitarias
- Deficiencias de la nutrición.

1.4 Las Brigadas de Salud Itinerantes

[22] ASIS regionales.

Sucedía y sucede que es en extremo complicado, muy costoso e ineficiente, instalar la oferta fija de servicios de salud para localidades sin desarrollo apropiado de sus vías de comunicación, baja magnitud poblacional y muy alta dispersión territorial. Por esto el MINSA desarrolló estudios, formuló y formó políticas, implementó diversas estrategias y programas que han permitido extender la cobertura de servicios básicos de salud a este tipo de población.

Así la estrategia AISPED tiene como antecedentes las diferentes estrategias y programas impulsados por el Ministerio de Salud en los últimos 13 años; estas estrategias han pretendido extender la cobertura de servicios esenciales de salud, mediante equipos itinerantes.

Cronológicamente en el año 1998 el MINSA diseña una modalidad de atención de salud a las comunidades más necesitadas; a esta modalidad se le conoció como el Modelo de Atención para Zonas de Alta Dispersión Poblacional y a los equipos itinerantes en salud se les denominó ELITES; este modelo se desarrolló en dos fases; una primera de diseño e implementación y otra segunda de expansión[23]. La primera fase se inició a manera de piloto en dos regiones: San Martín y Junín. En esta fase se diseñaron los instrumentos técnicos, logísticos y financieros.

A partir de 1998 se incorporan un número mayor de DIRESAS; de dos regiones se pasa a 16; en etapa ulterior se cambia el nombre de los equipos itinerantes de ELITES por el de AISPED (2004 en adelante); entonces el Ministerio de Salud no diseña un modelo de atención a comunidades dispersas sino aprueba mediante resolución Ministerial N° 478-2009-MINSA la Norma Técnica de salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las poblaciones excluidas y dispersas (Equipos AISPED) con la finalidad de contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población con difícil acceso a los servicios de salud a través de equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas AISPED).

Para lograr esta finalidad se definió en la referida norma el objetivo general que es la de “regular los procesos y procedimientos técnicos -.administrativos que permitan proporcionar una atención integral de salud a la población que habita en localidades consideradas excluidas y dispersas, mediante equipos AISPED, que trabajan de forma complementaria con la red de servicios públicos de salud, aplicando un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud con la participación de los gobiernos regionales y locales

[23] Informe y Propuesta Técnica para la Atención de Salud en Zonas Excluidas y Dispersas. Maritza Tello Acho.2008

II. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD, EL PACTO NACIONAL Y LA ORIENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCION.

2.1. Los Determinantes de la Salud

La OMS al referirse a los Determinantes de la Salud manifiesta que…" cualquier política o evento que afecta el nivel socioeconómico de la población, el empoderamiento de los individuos, sus familias o sus comunidades, o la calidad y eficiencia en la provisión de servicios básicos, está en capacidad de tener un impacto significativo sobre el estado de salud de la población. En este sentido, es importante considerar el impacto sobre la salud de políticas o intervenciones desde fuera del sector, el mismo que en algún caso puede ser incluso más fuerte que las del propio sector salud."

La misma OPS en los módulos de capacitación del Evento:[24] "Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes Sociales en Salud y Formación de Políticas Públicas"; cuando se hace la pregunta *¿Por qué es necesario centrarse en los determinantes sociales de la salud?,* se responde: "Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto, circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes".

Para mejorar la salud de las poblaciones y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud. Ello no significa que los sistemas de salud dejen de tener importancia. Pero debe reconocerse que, muchas veces, los sistemas de salud son parte misma del problema y que ellos y las nuevas estrategias son imprescindibles para enfrentar las inequidades en salud.

Cuando trasladamos estas percepciones conceptuales a las poblaciones excluidas y dispersas del Perú nos encontramos con una realidad lacerante: Su pobreza está relacionada con la falta de activos productivos (tierra, ganado, tecnología y crédito), los pobladores tienen parcelas con un promedio menor a 3 hectáreas, con serios problemas de erosión, además de deficiencias en la cantidad de agua disponible para riego en algunos periodos. Se dedican principalmente a actividades agrícolas y pecuarias de autoconsumo, presentan una baja articulación con el mercado debido al aislamiento en que se encuentran con respecto a los centros poblados, enfrentando altos costos para trasladar su mercadería.

Estos factores determinan una baja productividad y una asimetría en la competencia de sus productos en el mercado a los que se agrega el menor acceso y baja calidad de la educación rural, lejanía, falta de acceso a infraestructura y servicios básicos (luz, agua, desagüe, electricidad) aunándose a todo esto las barreras culturales y de idioma que en suma precarizan la situación de la salud de la población que se traduce en elevados índices de desnutrición infantil, altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Sabemos que las disparidades que observamos entre áreas geográficas y grupos no pueden ser simplemente atribuidas a los comportamientos de los individuos, pues otros elementos relacionados con el macro ambiente, tanto ambiental como social, material e institucional juegan un papel sustantivo en definir estas diferencias como algo innegable. La inversión en políticas y programas dirigidos a modificar los determinantes que influyen en la salud contribuirá a reducir las inequidades en salud, puesto que los efectos del ambiente se reproducen y transmiten intergeneracionalmente.

Esta situación obliga a un abordaje integral de distintos ámbitos y de los distintos actores representativos de las instituciones y organizaciones de la sociedad, que inician un proceso de diagnóstico, planificación,

[24] "Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes sociales en Salud y Formación de Políticas Públicas. OPS.

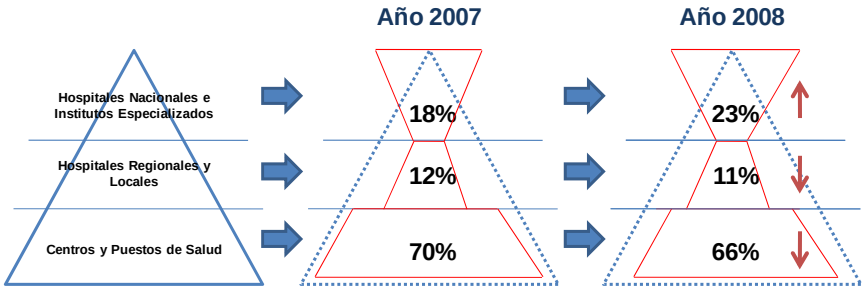
ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social. La acción intersectorial permite aunar esfuerzos, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, y, puede materializarse en forma de iniciativas comunes, alianzas, coaliciones o relaciones de cooperación.

Pero al mismo tiempo exige al Ministerio de Salud revisar sus políticas públicas; mirar con mayor atención a estas poblaciones que no olvidemos son aproximadamente más de 2 millones y medio de habitantes; igualmente es necesario que el MINSA revise sus mecanismos de financiamiento a las prestaciones de salud, pues según estudios presentados el financiamiento de los recursos públicos del SIS están siendo paulatinamente reorientados al financiamiento de las prestaciones en los establecimientos de salud de mayor complejidad; puntos de llegada a los que difícilmente acceden las poblaciones dispersas y excluidas.

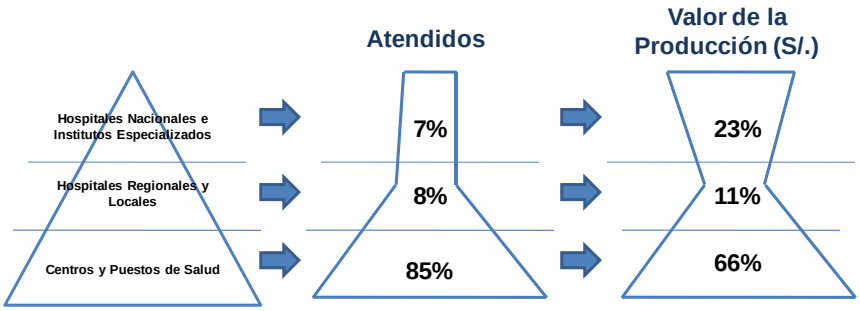
Alberto Barnechea Pastor en un estudio que realiza sobre el comportamiento de los prestadores de salud, particularmente en relación al SIS efectuado en el año 2008 afirma[25]: " Como consecuencia de que los Prestadores de Salud asumen una posición de liderazgo en el Sistema de Salud, frente a una institución Aseguradora de Salud como es el SIS, es que se observa que la tasa de crecimiento del número de asegurados y número de atenciones crece más en el nivel III con respecto al nivel I, y de otro lado se observa un comportamiento similar con la asignación de los recursos humanos, físicos y económicos.

Dentro de dicho escenario, se presentan distorsiones en el concepto de financiamiento de prestaciones intermedias (actualmente se llama de manera errónea como "Producción" en el Sistema de Salud), entonces se requiere un mecanismo de pago que pague por persona coberturada y que establezca un conjunto de productos finales o terminados, como es el caso del PEAS.

COMPOSICIÓN PORCENTUAL DEL VALOR DE LA PRODUCCIÓN INTERMEDIA (S/.) SIS: 2007-2008



[25] Estudio de la evolución del financiamiento del SIS a los prestadores públicos. Alberto Barnechea Pastor. 2008



2.2. El Pacto Nacional por los pueblos excluidos.

La producción y entrega de servicios de cuidados de atención primaria de salud inclusivos demanda el despliegue de esfuerzos, sólidamente concertados, entre los niveles de gobierno (nacional, regional y local), la sociedad civil, la empresa privada y las comunidades nativas alto andino y amazónico e incluso los colonos de muchos de estos lugares.

El ejercicio de la voluntad colectiva, producto de la concertación, deberá orientarse en favor de la superación de la pobreza, la reducción de la desnutrición infantil y la morbi mortalidad materno infantil evitable, la atención de la tercera edad, observando el Acuerdo Nacional y los Objetivos del Milenio. Debe expresarse explícitamente en una Política Nacional que declare de necesidad pública e interés nacional la inclusión y el desarrollo económico y social de las poblaciones de los centros poblados con menos de 500 habitantes, distribuidos en viviendas distantes y aisladas unas de otras, ubicadas en territorios geográficos muy accidentados y que pertenecen a distritos cuyos vecinos se encuentra calificados como pobres y muy pobres.

En consecuencia los diversos niveles de gobierno y las dependencias correspondientes elaborarán, aprobarán, implementarán y pondrán en conocimiento público el instrumental normativo requerido para la ejecución de los contenidos de la concertación.

2.3. Orientación del modelo de atención

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas se orienta a un abordaje integral de los determinantes sociales de la salud especialmente los que se relacionan directamente con la exclusión, por tanto pretende diseñar una hoja de ruta para el abordaje de las variables internas al sector salud considerando a la persona como sujeto de derechos y a la familia como unidad social básica; pero también plantea estrategias para el abordaje de aquellas variables externas que influyen en la salud como la discriminación étnica; para este efecto en su implementación mezcla el saber popular con el saber científico; rescata y valida las tradiciones de las poblaciones rurales los que deben enriquecerse mutuamente y postula la necesidad de incorporar competencias en el personal de salud sobre interculturalidad y género

La mejor expresión de inclusión en salud que plantea el modelo, es dar acceso a poblaciones rurales excluidas y dispersas al Aseguramiento Universal en Salud, es decir al proceso orientado a lograr 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, recuperativo y de rehabilitación en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad y calidad[26]

[26] Ley Marco de Aseguramiento en Salud Ley Nº 29344 – Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) contiene el listado de condiciones, intervenciones y prestaciones cuya provisión será dada en los establecimientos de salud públicos y privados (en este modelo a través de oferta fija institucional y comunitaria y oferta móvil) en función a su nivel de complejidad; esto último implica el fortalecimiento de los establecimientos de salud cabecera de ruta de los equipos itinerantes de salud, para mejorar su capacidad de resolución y su conectividad en el sistema de salud.

Las intervenciones y prestaciones del PEAS están dirigidas a las personas sanas con el fin de prevenir enfermedades y a los grupos más vulnerables como los niños y gestantes y el Modelo de Atención Inclusivo de Salud por tanto, está orientado al logro de la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, así como a la reducción de la desnutrición infantil, que son los eventos que afectan principalmente a la población pobre por sus condicionantes sociales y como ya hemos visto se encuentran ubicadas en centros poblados excluidos y dispersos.

a. Disminuir la mortalidad materna

En compromisos asumidos internacionalmente el Perú enfatiza la necesidad de desplegar enérgicos esfuerzos para disminuir la mortalidad materna. Información reciente[27] sobre este empeño muestra experiencias alentadoras para batir las barreras geográficas, culturales, sociales y económicas con la finalidad viabilizar el derecho a una maternidad saludable y segura, especialmente entre las mujeres de las poblaciones excluidas y dispersas.

El reporte indica que el establecimiento de casas de espera incide positivamente en la reducción de la barrera geográfica; la adecuación de la producción y entrega del servicio de atención del parto a las tradiciones comunitarias, lo cual incide positivamente en la reducción de la barrera cultural; el involucramiento familiar y comunitario incide positivamente en la reducción de la barrera social y, el involucramiento del gobierno local en el financiamiento de la casa de espera y el aseguramiento público de las parturientas incide positivamente en la reducción de la barrera económica. Estas poderosas estrategias han demostrado sus bondades y su influencia en el logro del incremento de la cobertura institucional, incremento de la maternidad saludable y en la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Estas estrategias complementadas con la capacitación del personal institucional para la producción y entrega de los servicios respetando la cultura local, especialmente la atención de la parturienta en posición vertical como una opción, han logrado mejorar las coberturas del 25% al 75% en la atención institucional del parto. Hasta aquí algunas evidencias que hablan de la potencialidad del acercamiento a la comunidad desde los servicios de salud y viceversa; entonces el desafío del modelo estará en cómo convertir en prácticas vinculadas y cotidianas las relaciones entre los actores de las comunidades y los servicios de salud, para vencer las dificultades de la falta de acceso geográfico y cultural.

b. Disminuir la mortalidad infantil:

[27] Estado de la Niñez Indígena en el Perú. INEI.UNICEF. 2010

Uno de los compromisos que tiene el Perú con la comunidad internacional expresado en los Objetivos del Milenio es el de disminuir la mortalidad infantil; si bien la mortalidad infantil se redujo de 43 a 21 por mil nacidos vivos en el período 1996-2006, gracias a las mejoras en la cobertura de los servicios de salud en el área rural, reduciéndose la brecha que tradicionalmente ha existido entre los indicadores de salud urbanos y rurales[28]; el documento da cuenta también que el índice de mortalidad en la niñez se redujo de 59 a 29 por mil nacidos vivos; sin embargo los índices de mortalidad en las comunidades dispersas se estima que son mayores [29].

Estas condiciones serán modificadas positivamente mediante la implantación de programas comunitarios de control de las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado vacunal de los niños, promoción de la lactancia materna, ablactancia adecuada, alimentación complementaria, involucramiento de las madres, ampliación del espacio inter genésico y una efectiva referencia informada a las redes de salud locales de ser el caso por los signos de alarma detectados.

c. Reducir la desnutrición infantil

La incidencia de la desnutrición crónica dista de ser homogénea en el país. Si bien no se cuenta con información desagregada por lengua materna se puede observar que en las 6 regiones donde más del 25% de la niñez tiene como lengua materna una lengua originaria, la tasa de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años está por encima del promedio nacional (18%): 20% en Puno, 23% en Ancash, 29% en Apurímac, 31% en Ayacucho, 32% en Cusco y en el caso de Huancavelica (43%) está incluso por encima del promedio para la población rural (33%)[30]. Estas condiciones serán modificadas positivamente mediante la implantación de un programa de vigilancia y control del crecimiento y desarrollo de los niños, de base comunitaria, que involucre a las propias en madres en el monitoreo y a los recursos comunales de salud.

De este modo el Modelo de Atención Inclusivo implica **fortalecer** la organización comunitaria con especificidad en las acciones de salud, mediante la capacitación a voluntarios, dirigentes y el involucramiento de los gobiernos locales en la provisión de recursos para la implementación de Áreas Funcionales de provisión de servicios primarios de salud en la comunidad y para el monitoreo de las acciones de la Oferta Flexible conjuntamente con los dirigentes comunitarios y relacionarse con los servicios institucionales de salud.

III. PRINCIPIOS DEL MODELO

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas se basa en sólidos principios como la equidad (incluida la de género) en salud y la interculturalidad orientados a garantizar el pleno respeto a los derechos de las personas; participación social, la inclusión en salud, el empoderamiento, la transectorialidad, la descentralización y el desarrollo que permitan progresivamente la participación, promoción y protección de la ciudadanía; y, el aseguramiento universal en salud, como reconocimiento práctico de la salud como un derecho de estas comunidades.

3.1 Pleno respeto a los derechos de las personas

a. Equidad en salud

[28] 'Estado de la Niñez en el Perú', desarrollado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). 2010

[29] Si bien, el promedio nacional de mortalidad infantil (20 por mil nacidos vivos), ha mostrado mejoras en los últimos años, en el área rural continúa siendo muy superior a la de la urbana: 27 por mil nacidos vivos frente a 17 por mil, respectivamente. Asimismo, las diferencias son notorias entre las zonas de la sierra (23 por mil) y la selva (25 por mil) con respecto a las de la costa (22 por mil) y a la de Lima Metropolitana (11 por mil). Estado de la Niñez Indígena. INEI-UNICEF 2010.

[30] Estado de la Niñez Indígena. INEI-UNICEF 2010

Es un principio multidimensional que abarca igualdad de oportunidades y de acceso a los servicios de salud y a la nutrición, con la equidad lo que se busca es disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible en las condiciones de salud de la población; y segundo, respecto a los servicios de salud, la población debe recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera) sumándose a ello la equidad distributiva de los recursos del Estado.

Según la OMS, la equidad en salud implica que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios.

Es importante mencionar que la equidad en salud no es lo mismo que la igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en el estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencia inevitable de las diferencias genéticas, sociales, económicas o de elecciones de un estilo de vida personal.

Adicionalmente, las desigualdades en cuanto al estado de la salud se acentúan aun más como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

b. Equidad de Género en salud-

El propósito de generar igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en el sector salud tiene por finalidad lograr una mayor equidad en la atención de salud del hombre y la mujer, modificando los estereotipos de género que afectan la autoestima del hombre y la mujer repercutiendo en su salud integral y su desarrollo humano. Igualmente implica favorecer procesos que brinden iguales oportunidades para decidir sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y sus vidas.

Del mismo modo este enfoque, en la esfera social, conlleva a desarrollar intervenciones dirigidas a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de hombres y mujeres para decidir sobre su futuro tanto a nivel individual como el de la comunidad donde viven. La participación comprometida de hombres y mujeres en igualdad de oportunidades resulta fundamental para el logro de una cultura de la salud orientada al desarrollo integral sea individual o comunitario.

c. Interculturalidad;

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas garantiza no sólo la adecuación cultural de los servicios de cuidados de atención primaria de salud institucionales sino que promueve el desarrollo y consolidación de la respuesta social organizada por las comunidades nativas alto andinas y de la selva, revalora y dignifica a los expertos tradicionales e incorpora su saber en la atención institucional y comunitaria.

Entiende que la Interculturalidad[31] en la salud es un proceso de interrelación que parte de la reflexión del reconocimiento de la diversidad y del respeto a las diferencias. Son relaciones complejas, negociaciones e intercambios culturales en salud que buscan: una interacción social equitativa de la práctica médica con personas culturalmente distintas (personal de salud, médicos tradicionales, los usuarios y otros), bajo un común denominador del diálogo horizontal basados en el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

3.2 Participación, promoción y protección de la ciudadanía

[31] Interculturalidad: Desafío y proceso de construcción. SERVINDI. 2005.

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas garantiza el desarrollo ciudadano orientado por los principios de participación social, la inclusión, el empoderamiento, la transectorialidad, la descentralización y el desarrollo.

a. Participación Social

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas asume la participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del propio autocuidado responsable individual hasta el involucramiento autónomo y organizado de la comunidad en el proceso de gestión compartida en salud, que comprende la ejecución de acciones de planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación- control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones desde dentro y fuera de los establecimientos de salud.

b. Inclusión en salud[32]

La aplicación del modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas determina la reorganización del sistema de salud actual a fin de facilitar el acceso a los servicios de salud individual y colectiva incluidos o por incluirse en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) a estas comunidades y a la población de la jurisdicción de las micro redes.

El ordenamiento del sistema de salud se enmarca en el desarrollo humano y territorial que significa acciones y procesos sectoriales y transectoriales, institucionales, sociales y comunitarios, preventivos, educativos, protectores, curativos y de rehabilitación, individuales y colectivos, orientados al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y al pleno ejercicio de su autonomía para la realización de sus proyectos de vida.

Esta perspectiva implica una visión positiva de la salud, más allá de la atención de las enfermedades, como la realización de los proyectos de vida de las personas, en relaciones sociales y condiciones favorables, aun en situación de enfermedad o discapacidad, y desde el ejercicio de la autonomía de las personas.

c. Empoderamiento

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas para que sea viable tiene que haber ocurrido un proceso de apropiación por parte de la comunidad; es decir:

- Que las prestaciones de salud ofrecidas por los equipos itinerantes en salud sean aceptadas y valoradas.
- Que los equipos itinerantes de salud también comprendan que la comunidad tiene una cosmovisión de la salud y bienestar y por ende sus métodos y procedimientos propios de curación de enfermedades que deben ser conocidos e incorporados en el paquete de servicios de salud comunitarios.
- Que la relación entre el equipo itinerante en salud y la población sea simétrica, de pares y de respeto mutuo.

Así ocurridas estas tres condiciones el personal de salud y las personas de las comunidades expresan sus necesidades, plantean sus preocupaciones, diseñan sus estrategias de participación en la toma de

[32] Las políticas de salud y la inclusión social. Mario Hernández Álvarez. Colombia 2006.

decisiones y llevan a cabo acciones políticas, sociales y culturales en forma conjunta para hacer frente a sus necesidades.

d. Transectorialidad

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas implica la necesaria subordinación y articulación de las actividades de salud a los planes de desarrollo gubernamentales, incluidos los gobiernos locales, provinciales y distritales. Supone la coordinación entre el sector salud y los demás sectores de la administración gubernamental y la necesidad de propiciar la acción colectiva de la sociedad en su conjunto.

En esta dirección el modelo se centra en la superación de las inequidades. Se inicia en las poblaciones y territorios con mayor desigualdad con el concurso pleno del Estado; esto es, con la plena inclusión de la administración gubernamental (gobierno nacional, regional y local) y la sociedad civil, incluidas las comunidades campesinas y/o nativas, colonos y la empresa privada.

e. Descentralización

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas promueve que la adecuación de las políticas sociales en la provisión de servicios de salud se ejecuten obligatoriamente en todos los niveles de gobierno y se realice lo más cerca posible de los ciudadanos y con su plena participación.

f. Desarrollo

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas promueve vincular los hechos que afectan la salud de la persona, la familia y la comunidad con el desarrollo local que es un proceso de organización del futuro de un territorio y el resultado del esfuerzo de concertación y planificación emprendido por el conjunto de los actores del gobierno local, de la comunidad, de la sociedad civil y de la empresa privada con el fin de valorizar los recursos humanos y materiales de un territorio dado y mantener un diálogo con los centros de decisión económicos, sociales, culturales y políticos, en donde se integran y de los que dependen.

3.3 Aseguramiento Universal en Salud

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas entiende al aseguramiento en salud como un instrumento de particular importancia para lograr la atención oportuna, adecuada, integral y continua de los ciudadanos.

a. Oportunidad

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas promueve el acceso inmediato y seguro a servicios de cuidados de salud en establecimientos institucionales y/o comunitarios, debidamente implementados.

b. Adecuación

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas promueve el desarrollo de las competencias imprescindibles, en personal institucional y comunitario, para la aplicación de estrategias sanitarias y/o terapéuticas estandarizadas, científicamente fundadas y socialmente aceptables.

c. Continuidad

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas promueve el desarrollo integral, articulado, armónico e interrelacionado de las redes de establecimientos de servicios de cuidados de salud, enfatizando los de atención primaria y los servicios de transporte asistido comunitarios e institucionales; garantiza así la atención sistemática de las personas con arreglo a los niveles de resolución de los establecimientos que lo integran, de acuerdo a las necesidades de las personas.

d. Calidad

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas promueve que la producción y entrega de servicios de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de salud, se desarrolle tratando de satisfacer las expectativas de los pobladores de las comunidades y cumpliendo con los estándares normalizados de la atención de salud.

e. Efectividad

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas implica el desarrollo de capacidades humanas y procedimientos que aseguren que las actividades propuestas conduzcan a los productos y resultados propuestos demostrando coherencia interna y externa en el sistema de salud.

f. Eficiencia

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas promueve mediante la participación social y la administración descentralizada la maximización al mínimo del costo la producción y entrega de calidad y oportuna de los servicios de salud de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, antes debidamente estandarizados hacia las poblaciones de las comunidades.

g. Integralidad

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas comprende la organización, producción y entrega de los servicios de cuidados de salud a las personas concibiéndolas como una totalidad; es decir, desde la persona como ser bio-psico-social, su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí la integralidad asume la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación del usuario/a de manera completa y no separada.

PROVOCANDO LA REFLEXION Y LA DISCUSION

Es muy importante discutir si los enunciados establecidos en la Política Nacional de salud, las normas, características; modalidades de atención comprendidos en el modelo de atención integral de salud y las acciones y las prestaciones de salud efectivas realizadas a las poblaciones guardan coherencia y correspondencia.

Si ya existen Políticas Nacionales de Salud, un Plan Nacional Concertado de Salud aprobados y en ejecución; es pertinente contar con una Política explicita de Inclusión en salud para poblaciones dispersas y excluidas o pueden coexistir y ser complementarios?

Fernando Vargas en un artículo denominado: Políticas Públicas Focalizadas o Universales. ¿Dilema?", Plantea las ventajas y desventajas de la aplicación de una u otra política. En el caso peruano la aplicación de políticas universales en salud está determinando que el financiamiento de las prestaciones de salud esté migrando de financiar prestaciones de atención primaria al financiamiento de prestaciones especializadas. Leer el artículo en: www.webpondo.org

Por otra parte, es el Ministerio de Salud quien debe encabezar la cruzada o el pacto nacional por el desarrollo humano de los más pobres; por su inclusión social o le corresponde a la Presidencia del Consejo de Ministros?

IV. OBJETIVOS DEL MODELO

El Modelo es el brazo extendido, expandido y complementario de la oferta fija de los establecimientos de salud que pretende acercar sus servicios a las poblaciones excluidas y dispersas principalmente de aquellos que habitan en las regiones altoandinas y selváticas que carecen de atenciones sanitarias oportunas y regulares debido a diversas causas o factores.

4.1 Objetivo General:

Implementar los aspectos del sistema de salud que permitan integrar la oferta fija y flexible y las interrelacione con la oferta comunitaria organizada, fortalecida y culturalmente aceptada, a fin de dar acceso a las comunidades rurales y principalmente a las poblaciones excluidas y dispersas que habitan en las regiones altoandinas y selváticas al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, aplicando estrategias viables, factibles y socialmente aceptables.

Objetivos específicos

a. Involucrar al gobierno, en todos sus niveles, a la comunidad organizada, a la sociedad civil, a la empresa privada y a los servidores públicos de salud en la gestión del proceso de inclusión de las comunidades rurales, andinas y selváticas, excluidas y dispersas, a la atención integral de salud.

b. Fortalecer y ampliar la capacidad resolutiva de los establecimientos de cabecera de ruta de los equipos de salud itinerantes.

c. Optimar y definir el desempeño tangible de los equipos de salud itinerantes.

d. Desarrollar la red de servicios de salud comunitarios en las comunidades comprendidas en las rutas de los equipos de salud itinerantes.

e. Establecer la modalidad de acceso de estas poblaciones a la oferta de servicios de atención médica especializada y de cirugía de día, intermediados o directamente por los establecimientos de salud cabecera de ruta de los equipos de salud itinerantes.

V. LOS COMPONENTES DEL MODELO ATENCIÓN INCLUSIVA DE SALUD.

El modelo de atención inclusivo en salud para las poblaciones rurales excluidas y dispersas se construye sobre la base de 4 componentes interrelacionados e interdependientes:

- ✓ Oferta Fija Institucional:
- ✓ Oferta Fija Comunitaria
- ✓ Oferta Móvil Itinerante
- ✓ Oferta Móvil Especializada

La provisión de servicios de salud de estas modalidades son entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de éstas, con los propósitos de:

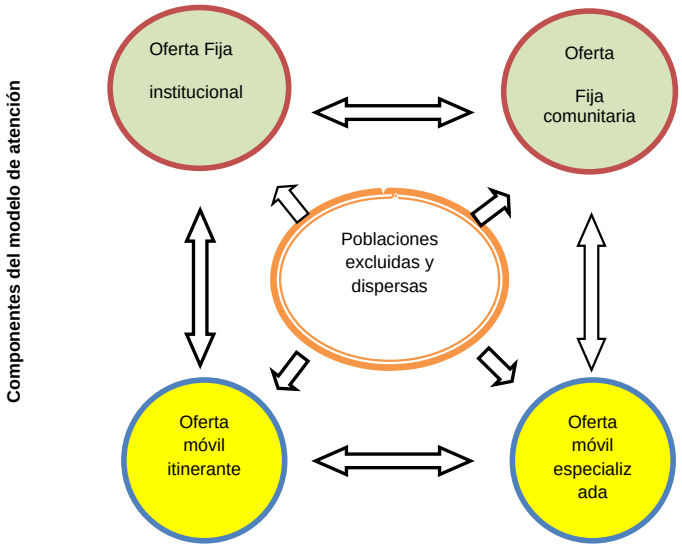
- Promover, mantener y/o recuperar la salud
- Minimizar las disparidades tanto en acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población

Estos servicios de salud pueden ser de salud pública o colectiva y servicios de salud individual; cuando se refiere a los servicios de Salud Pública o Colectiva se está abordando acciones de:

- Prevención y control de enfermedades
- Protección contra los riesgos ambientales
- Prevención de lesiones
- Promoción de conductas saludables y salud mental
- Aseguramiento de la calidad y accesibilidad de los servicios de salud.

Los servicios de salud Individual o personal están referidos a:

- Prevención individual
- Diagnóstico
- Recuperación
- Rehabilitación





5.1 Oferta Fija Institucional

Está conformada por los establecimientos públicos de salud organizados vertical y horizontalmente para asegurar la continuidad en la atención a las personas referidas de las comunidades cercanas y de aquellas consideradas excluidas y dispersas.

La célula básica de la oferta fija está formada por todos los establecimientos de salud que conforman la micro red que para efectos de la prestación de servicios debe ser considerada como unidad mínima funcional prestadora sistémica. La conducción de la micro red puede estar a cargo idealmente de un modelo participativo como el CLAS, cuyos miembros del consejo directivo están conformados por representantes del gobierno regional, gobierno local y comunidades. Cada uno de los establecimientos de salud de la micro red es una unidad de producción de servicios y un centro de costos administrado por este modelo participativo o un modelo de gestión equivalente validado por el sector publico..

5.1.1. La provisión de servicios de salud en los establecimientos institucionales de salud base de la micro red.

5.1.1.1- La organización y funciones.

Los establecimientos institucionales de salud, que conforman la oferta, se constituyen sobre la base de la existencia concreta de servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo; para este efecto cuentan con recursos humanos, recursos físicos y recursos tecnológicos.

La micro red de servicios de salud y, dentro de ella, el Centro Materno Infantil, cabecera de micro red y el equipo itinerante de salud, pertenecen al primer nivel de atención. Forma parte, como nodo central, de la entrada y del proceso para satisfacer la demanda de servicios de salud.

El personal de salud de la micro red debe estar conformado por:

- Médico Cirujano
- Enfermeras
- Obstetrices
- Educadores de la Salud
- Antropólogo
- Técnicos o auxiliares de enfermería
- Odontólogos
- Técnico de laboratorio.
- Técnicos de farmacia
- Técnico o Auxiliar de estadísticas

5.1.1.2.- Funciones del Centro Base de la micro red

El Centro Materno Infantil y la micro red de servicios de salud están a cargo de un gerente dependiente del directorio del modelo de gestión vigente antes precitado..

Son sus funciones:

a. Disponer de información poblacional y sanitaria del ámbito territorial de su responsabilidad;
b. Definir en coordinación con los gobiernos locales distritales los criterios para la cobertura en salud a las comunidades excluidas y dispersas y la estrategia para lograr la cobertura total de estas poblaciones.
c. Definir en coordinación con los gobiernos locales la aplicación del modelo de atención inclusiva de salud en las poblaciones excluidas y dispersas de su jurisdicción
d. Sectorizar la micro red en su totalidad para delimitar la responsabilidad por la salud de las poblaciones de cada establecimiento de salud que conforman la micro red así como fijar responsabilidades al equipo itinerante en salud de las comunidades que se le asignen.
e. Planificar anualmente las actividades relacionadas con la aplicación del modelo de atención inclusiva de salud en las poblaciones excluidas y dispersas; así como, programar, conjuntamente con los gobiernos locales, las rutas de los equipos itinerantes en salud.
f. Aprobar el plan de trabajo de los Equipos Itinerantes en Acción
g. Consolidar, controlar y supervisar la ejecución de la programación de actividades de los establecimientos que se encuentra dentro de su ámbito de acción.
h. Determinar las necesidades de capacitación y educación continua del personal, así como de organizar y ejecutar las actividades requeridas para satisfacer dichas necesidades.
i. Asegurar los medicamentos, insumos, materiales y recursos que el personal de los puestos de salud necesitarán para apoyar a los equipos itinerantes en salud, así como el apoyo logístico necesario.
j. Sensibilizar a todo el personal de salud de la micro red acerca del funcionamiento del modelo así como capacitar al personal de los establecimientos de salud de la micro red y a los equipos itinerantes en la atención a las personas de las comunidades excluidas y dispersas.
k. Registrar, procesar y analizar la información de salud enviada por las unidades productoras de servicios de la micro red y su envío a los niveles correspondientes.
l. Implementar el Sistema de Referencia y Contra referencia.
m. Organizar la red de vigilancia comunal.

5.1.1.3. Unidades Productoras de Servicios del centro de salud base

a. Consulta Externa

Es el área funcional dedicada a la atención integral ambulatoria a la demanda del niño, adolescente,

mujer, adulto y adulto mayor con actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de problemas de salud que por su naturaleza y grado de compromiso pueden ser manejados en el primer nivel de atención, agregándose la consulta externa odontológica, dentro de la misma unidad productora de servicio, para lo cual se hace necesario la infraestructura y el equipamiento mínimo necesario. Presta atención, entre otros para:

- ✓ Enfermedades infecciosas intestinales con deshidratación severa que requieren de apoyo al diagnóstico.
- ✓ Parasitosis intestinal
- ✓ Anemias nutricionales
- ✓ Zoonosis
- ✓ Tuberculosis
- ✓ Enfermedades trasmisibles que requieren apoyo al diagnóstico.
- ✓ Accidentes ofídicos que requieren apoyo al diagnóstico.
- ✓ Infecciones urinarias que requieren de apoyo al diagnóstico.
- ✓ Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos no complicadas.
- ✓ Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares.
- ✓ Morbilidad Cardiovascular básica
- ✓ Partos Eutócicos Inminentes

b. Farmacia

Es el área funcional donde se realiza la dispensación de medicamentos e insumos. Almacena adecuadamente los medicamentos esenciales. El objetivo es que todos los servicios de salud cuenten con los medicamentos que permitan el tratamiento oportuno de las patologías existentes en su ámbito y que la población tenga acceso a ellos. La micro red contará con una dotación de medicamentos que permita atender los problemas de salud frecuentes en la zona e implementar un sistema de abastecimiento de medicamentos esenciales de bajo costo y alta calidad. Incluirá el abastecimiento de la red de botiquines de los centros comunitarios de salud donde exista un promotor de salud capacitado por personal de la micro red.

La gerencia de la micro red es responsable de implantar el sistema operativo que asegure la compra, distribución y control de medicamentos esenciales así como difundirá normas para el uso racional de los medicamentos en todos los niveles en el marco de la regulación vigente.

c. Laboratorio clínico

Área funcional donde se realiza la toma de muestras, recepción, procesamiento o envió de las muestras de sangre o fluidos corporales y emisión de resultados de los exámenes o ensayos del paquete básico correspondiente al Laboratorio Local. En esta área se realizan las pruebas de hematología básica (hemograma, hematocrito, grupo y factores sanguíneos, velocidad de sedimentación), inmunología básica (diagnóstico de embarazo, VDRL rápido, aglutinaciones), microbiología básica (baciloscopías, parasitológicos), bioquímica básica (glicemia, Thevenon, orina completa, sedimento urinario) y otras pruebas de acuerdo a su capacidad instalada.

d. Atención de Parto:

Área funcional donde se controla a las mujeres gestantes y atiende partos con adecuación cultural, así como la atención inmediata del recién nacido.

e. Emergencia:

Área funcional que cuenta con el equipamiento básico para la atención, manejo de emergencias y estabilización de pacientes, y de ser el caso para la referencia al establecimiento de mayor complejidad.

f. Plan de prestación en salud de la micro red

La micro red oferta el plan de prestación que para el nivel de atención primaria oferta el Plan esencial de aseguramiento en salud que en **Anexo N° 01** forma parte del presente documento.

5.1.2. La Gestión de los servicios de salud en la micro red

La micro red de servicios de salud debe basarse en un modelo participativo o un modelo equivalente vigente y formal del sector público, en cuyo cuerpo de dirección participan representantes de la red de servicios de los gobiernos locales y de las comunidades. Este modelo micro red depende de la red de servicios de salud; la conducción técnica y administrativa le corresponde al Gerente de la Micro red.

Para la elaboración del Plan de salud local de la micro red son convocados los jefes de los establecimientos de salud que lo componen y en conjunto definen las acciones de salud colectiva e individual, la metas sanitarias a conseguir y los recursos financieros necesarios para su consecución. La consolidación de los planes y presupuesto de las UPS de la micro red es el Plan Local de Salud y su presupuesto (comprende el total de recursos financieros necesarios para la adquisición de bienes y servicios; entre otros para la contratación de personal, pago de viáticos y movilidad de los equipos itinerantes de salud tanto de aquellos que provienen de la oferta fija como de los EIS de comunidades excluidas y dispersas;; adquisición de material didáctico para las capacitaciones, adquisición de medicamentos, etc.)

El gerente de micro red es responsable de su ejecución y del cumplimiento de las acciones de salud que se programen en los establecimientos de salud que lo comprenden como en las comunidades; Cada jefe de UPS es ,a su vez, responsable de la ejecución del plan local de salud de su jurisdicción.

Fuentes de financiamiento

La operación o funcionamiento de la micro red se financia con los recursos que le transfiere la Dirección Regional de Salud para el pago del personal de la micro red, para la adquisición de bienes y servicios que se requiere para el cumplimiento del plan local de salud incluyendo los recursos para el pago de pasajes y viáticos del personal de salud de la micro red que sea destinado a ofertar servicios de salud en las comunidades dispersas. El pago de pasajes y viáticos serán diferenciados en relación al lugar y distancia de las poblaciones excluidas y dispersas.

Por su parte el SIS o su equivalente debe transferir directamente a la microred el monto por las prestaciones efectuadas. La microrred consolida la producción de los establecimientos de salud incluyendo las que ofrecen los equipos itinerantes en salud; en el caso de la producción de los EIS el personal técnico de la micro red, sobre la información que éstos últimos presenten organiza información para conocer la carga de enfermedad de las comunidades rurales, excluidas y dispersas. Toda la información es remitida a la Red de servicios de salud y éstos a su vez a la DIRESA y al SIS.

5.1.2.1 Planificación Local concertada

Es el conjunto de actividades en salud programados para un período determinado y que se propone realizar, de manera articulada y concertada con los actores locales, Alcaldes distritales; jefes de establecimientos de salud de la micro red; representantes de comunidades y representantes de las redes de servicios de salud y personal de salud con el fin de producir

determinadas acciones capaces de satisfacer necesidades sanitarias de la población y/o resolver los problemas individuales o colectivos de salud. El Plan local de salud es objeto de un acuerdo administrativo público o publico – privado .

El equipo responsable de la planificación local desarrollará las siguientes acciones:

a. Priorización de ámbitos de intervención

La priorización de los ámbitos de intervención se desarrollará sobre el listado de comunidades identificadas **(Anexo Nº 2)** con la intervención de los gobiernos locales y los representantes de las comunidades comprendidas en la jurisdicción de la micro red.

En la priorización se calificará (**Anexo Nº 3**) según las variables: accesibilidad geográfica, desnutrición Infantil, morbimortalidad infantil, epidemias - endemias, analfabetismo, actividades productivas, participación comunal, presencia de servicios del Estado, y, apoyo del Gobierno Local

b. Sectorización.-

La sectorización consiste en la segmentación del espacio geo-social en zonas o sectores, con la finalidad de asignar responsabilidad en el cuidado de la salud de las poblaciones al establecimiento de salud o al personal de salud de los equipos móviles itinerantes ubicadas en el ámbito de la micro red.

El reconocimiento y segmentación para la intervención sanitaria permitirá a la micro red[33]:

- ✓ Organizar el trabajo extramural e intramural por ámbitos
- ✓ Identificar a las Familias o personas en Riesgo en cada una de las comunidades ubicadas en un sector.
- ✓ Focalizar la intervención.
- ✓ Monitorear y evaluar la intervención sanitaria.
- ✓ Medir resultados.

c. Planificación local

La actividad central del equipo de salud de la micro red y los actores sociales es la planificación de las actividades que responden al cumplimiento de las siguientes etapas: En la hora actual es indispensable,

- ✓ Identificación de principales problemas en 3 áreas:
- ✓ Problemas de salud prevalentes en la zona.
- ✓ Problemas de los servicios de salud.
- ✓ Problemas de la participación comunitaria, coordinación multisectorial y relaciones entre servicios y comunidad.
- ✓ Priorización de problemas.
- ✓ Objetivos o Resultados esperados.
- ✓ Actividades.
- ✓ Estrategias.
- ✓ Metas
- ✓ Responsable
- ✓ Presupuesto
- ✓ Cronograma de ejecución.

d. Monitoreo y evaluación del Plan local concertado en salud de la micro red

Monitoreo es la recolección sistemática y periódica de indicadores específicos y demás información relevante, con el objetivo de conocer los progresos y el logro de los objetivos sanitarios identificados y determinar la necesidades de recursos así como del uso de los recursos disponibles. El monitoreo

[33] Guía de Sectorización. Dirección Regional de Salud de Ayacucho.

se concentra en los resultados (productos) a corto y mediano plazo, y puede utilizarse para ajustar determinados aspectos del Plan de desarrollo local si se considera necesario.

5.1.2.2 Sistema de registro y seguimiento

Un buen sistema de información se sustenta en un adecuado sistema de registro que asegure disponer de los datos necesarios para que ingresen al sistema y que posibiliten la obtención de información veraz, oportuna y que faciliten el análisis y la toma de decisiones para el seguimiento de las personas que asisten a los servicios de salud

El sistema de registro y seguimiento debe incluir a la persona, las familias y comunidades según su riesgo. Todos los establecimientos de la micro red y en general de la DIRESA deben Implementar la ficha o historia Familiar, utilizando criterios de riesgo familiar, del niño y obstétricos/reproductivos, contando con un sistema de Registro Diario de Atención (RAD) que pueda suplir en caso de falla o demora del procesamiento de los formatos de atención..

La Historia Clínica[34]: es familiar para todo establecimiento de salud que sea responsable de un ámbito geográfico. Para facilitar la atención, calificar el riesgo personal/familiar/comunitario, y facilitar el análisis epidemiológico, la Historia Clínica debe tener las siguientes características especiales:

i. Contar con la Ficha Familiar.
ii. Historias Clínicas individuales por etapa de vida
iii. Será archivada por sectores.
iv. En caso de pacientes transeúntes se utilizará sólo la Historia Clínica Individual
v. Tarjeteros para seguimiento de casos individuales: gestantes, niños para inmunización, adolescentes,
vi. Ficha de seguimiento a las familias
vii. Otros registros necesarios para seguimiento de familias y comunidad
viii. La calificación del riesgo en tres niveles: personal, familiar y comunal.

5.1.2.3. Sistema de Vigilancia de la Salud comunal

El sistema de vigilancia de la salud estará orientado a crear la capacidad funcional para recopilar y analizar datos y difundirlos en forma oportuna a las personas o instituciones capaces de emprender acciones de prevención o control eficaces.

El sistema de vigilancia y control de los principales daños debe incluir también la vigilancia de las enfermedades de notificación inmediata. Corresponde a la micro red la identificación de las enfermedades o daños sujetos a vigilancia; buscar la participación de las instituciones servicios de salud, agentes comunales y población en el sistema de vigilancia para su prevención y control; capacitar al personal de salud e instituciones en el conocimiento, manejo y control de las enfermedades o daños sujetos a vigilancia y establecer una red de vigilancia, definiendo claramente las unidades notificadoras y el flujo de la información que incorpore un sistema de vigilancia comunal que relacione los recursos humanos comunales con los puestos o centros de salud.

[34] Ministerio de Salud. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud

5.2. La Oferta Fija Comunitaria

El Centro Comunitario de Servicios de Salud .-CCSS.- es la expresión física de la oferta fija comunitaria; cedido por la comunidad y acondicionado para brindar servicios de atención primaria de salud, incluidos los primeros auxilios comunitarios, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y el fomento de la participación comunitaria en salud y para la protección social.

Estos centros comunitarios constituyen una contrapartida de la comunidad y es responsabilidad de las organizaciones comunitarias asegurar su administración y mantenimiento. Su equipamiento es de responsabilidad del gobierno local con recursos del Presupuesto Por Resultados.

5.2.1 Características:

- Está dirigido y administrado por la comunidad organizada, quien delega la administración a uno o varios de sus miembros en forma rotativa y precalificada. Ellos son estrictamente seleccionados por la comunidad, acreditados por el gobierno local y debidamente capacitados por personal de salud en el empleo de tecnología apropiada, científicamente fundada y socialmente aceptable[35].
- El personal comunitario en salud (agente comunitario en salud, parteras tradicionales, yerberos, hueseros u otros) presta sus servicios a la comunidad en este espacio físico.

5.2.2 Áreas funcionales de provisión de servicios

El Centro Comunitario de Servicios de Salud se organiza en las siguientes áreas funcionales: Admisión, primeros auxilios, vigilancia y control del crecimiento y desarrollo, tratamiento de diarrea e hidratación oral, tratamiento de la infección respiratoria aguda y botiquín, vigilancia de gestantes y vigilancia familiar.



[35] *Atención Primaria en Salud,* basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente bien soportadas y aceptables socialmente, culturalmente aceptadas, asequibles a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla…. La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad… acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja y constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de salud. OPS.

5.2.2.1. Área Funcional de admisión

Esta área tiene como función:

a. La promoción de la afiliación gratuita de toda la población de la comunidad al régimen subsidiado del aseguramiento universal en salud (en este caso por corresponderle a estas poblaciones de acuerdo a los lineamientos del AUS);
b. La administración y cuidado de las fichas de consulta comunitaria y de las Carpetas Familiar y los formatos según etapas de vida;
c. La administración de las fichas de seguimiento familiar.

5.2.2.2. Área Funcional de Vacunación y control del crecimiento y desarrollo.

Esta área tiene como función:
a. vigilancia de factores de riesgo nutricionales;
b. vigilancia del crecimiento y vigilancia del desarrollo de los niños y niñas..
c. vigilancia del estado vacunal de la población, en particular de las niñas y niños.
d. Orientación de la estimulación temprana básica.
e. Orientación en hábitos alimentarios y nutrición por edad (incluye lactancia materna exclusiva y ablactancia).

La prestación de estos servicios está a cargo de personal comunitario competente para:
- Manejar balanzas de lactantes, de reloj y de pie, tallímetro e infantómetro;
- Medición de peso;
- Medición de la circunferencia craneana y braquial;
- Medición de la longitud y talla;
- Interpretación de las fichas del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas
- Identificar signos de desnutrición infantil aguda y crónica
- Vigilar el cumplimiento del control de las inmunizaciones efectuado por el EIS.
- Orientar acciones de estimulación temprana

5.2.2.3. Área funcional de rehidratación oral o URO comunitario

Esta área tiene como función:

a. Vigilancia de los factores de riesgo de enfermedad diarreica;
b. Administración de sales de rehidratación oral o formulas tradicionales probadas;
c. Vigilancia de la distribución de agua segura, incluida la valoración del nivel de cloro en los centros de almacenamiento y distribución;
d. Consejería sobre la rehidratación, la diarrea, la manipulación de alimentos;
e. Manejo de comunitario de excretas y residuos sólidos y;
f. Vigilar el cumplimiento de las indicaciones prescritas por el personal de la AISPED y/o de las redes de establecimientos atención primaria de salud.

La prestación de estos servicios está a cargo de personal comunitario competente para:
- Reconocer signos de deshidratación;
- Manejar las indicaciones de los flujogramas decisionales de rehidratación oral;
- Reconocimiento de los signos de alarma para la referencia y el uso de medidores de cloro.

5.2.2.4. Área funcional de vigilancia de gestantes

Esta área tiene como función:

a. Identificación de gestantes;
b. Identificación del estado vacunal de gestantes
c. Vigilancia del embarazo;
d. Identificación de signos de alarma en el embarazo;
e. Elaboración y seguimiento del Plan de parto
f. Seguimiento del cumplimiento del control prenatal
g. Vigilancia en el cumplimiento de las indicaciones prescritas por el personal del EIS y/o de las redes de establecimientos atención primaria de salud.
h. Atención de parto inminente
i. Efectuar y apoyar la referencia a la gestante al centro de salud base de la micro red.

La prestación de estos servicios está a cargo de personal comunitario competente para:

- Manejar el tensiómetro, estetoscopio, estetoscopio de pinard y la balanza de pie;
- Medición de la presión arterial ;
- Medición de la altura uterina;
- Medición de la ganancia de peso materno;
- ;
- Estimación de la frecuencia cardiaca fetal;
- Identificación de síntomas y signos de alarma y/o riesgo en el embarazo.
- Elabora un plan de partos, monitorea su desarrollo y efectúa la referencia al Centro o establecimiento de salud
- Atender partos inminentes y referirlos inmediatamente para la continuidad de su atención.

5.2.2.5. Área funcional de vigilancia familiar

Esta área funcional tiene como función

a. Seguimiento de las actividades comunitarias de promoción de salud;
b. Visita domiciliaria, identificación y seguimiento de familias en riesgo.

La prestación de estos servicios está a cargo de personal comunitario competente para:

- Desarrollar habilidades individuales, familiares y comunales, mediante la educación en salud;
- Comunicación e información sobre estilos de vida saludables, enfocados en alimentación y nutrición, actividad física, higiene y ambientes saludables, habilidades para la vida, salud mental y cultura de paz, y salud sexual y reproductiva y sobre la base de las prioridades establecidas en el plan de salud local.

5.2.2.6. Área funcional del Botiquín comunitario

Esta área tiene como función:

a. Administrar, almacenar y dispensar medicamentos no éticos prescritos por expertos o personal comunitario capacitado, medicamentos éticos prescritos por personal de los EIS;
b. Vigilar el cumplimiento de los tratamientos indicados por el personal del EIS y/o de las redes de establecimientos atención primaria de salud.

La prestación de estos servicios está a cargo de personal comunitario competente para:

- Reconocer signos de infección respiratoria aguda y manejar las indicaciones de los flujogramas decisionales correspondientes y el reconocimiento de signos de alarma para la referencia;
- la administración de un botiquín comunitario y la administración de tratamientos supervisados.

5.2.3 Sistema de Emergencia comunal

Esta área tiene como función:

- Brindar primeros auxilios
- En el marco de las referencias transportar pacientes hacia el centro de salud materno infantil.

La prestación de estos servicios está a cargo de personal comunitario competente para:

- Estabilizar e inmovilizar pacientes en peligro
- Emplear el medio más adecuado para el traslado del paciente en peligro; la ruta a seguir, los medios de transporte; hacia el establecimiento de salud de referencia

5.2.4 Agentes comunitarios de salud[36]:

El agente comunitario de salud (ACS) es una persona voluntaria elegida y reconocida por la propia comunidad, capacitada y acreditada por personal institucional para la promoción de prácticas saludables en la familia y en la comunidad, la prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de institucional salud y la organización comunal y contribuye al fortalecimiento de la relación entre la comunidad y los establecimientos de salud y, por consiguiente, en el acceso a los servicios de salud.

El perfil **del Agente comunitario en salud** incluye las características en relación a conocimientos, habilidades y actitudes En **Anexo N° 04** se describe sus competencias.

[36] Documento Técnico para el trabajo comunitario en Salud. MINSA.2007

5.3. La Oferta Móvil Itinerante

El Equipo Itinerante en Salud (EIS) es un grupo de profesionales y técnicos de la salud multifuncional y racionalizado que depende administrativa y técnicamente de la micro red de servicios de salud y que prestan servicios de salud individual y colectiva a las poblaciones rurales, excluidas y dispersas que en conjunto suman aproximadamente 1,500 familias, en coordinación con los gobiernos locales distritales, los líderes comunales y con la participación de los agentes comunales de salud.

Modalidades de oferta móvil itinerante:

Una primera modalidad es aquella conformada por el personal fijo de los establecimientos de salud de la micro red que por efecto de la programación que realiza el gerente o jefe de la micro red realiza las actividades de prestación de servicios de salud en las comunidades de acceso geográfico medianamente alejado de los establecimientos de salud de la micro red.

La segunda modalidad de equipos itinerantes en salud presta servicios en las comunidades dispersas, excluidas y alejadas de los establecimientos de salud. Su composición es variada, se conforma sobre la base del conocimiento previo de la situación de la salud de las comunidades bajo la responsabilidad de la micro red con perfiles de profesiones y técnicos que satisfagan las necesidades de atención que requieran las comunidades dispersas y distantes geográficamente a 8 horas camino (dato referencial a ser actualizado en base a la evidencia nacional de exclusión) por cualquier medio de locomoción convencional respecto del centro de salud base. Puede estar conformado por profesionales de la salud expresamente contratados para este fin o por profesionales serumistas u otra modalidad equivalente formal del sector público.

En ambos casos el desarrollo del trabajo comunitario en salud sigue los mismos procedimientos.

Su permanencia en la micro red culmina cuando ha cubierto con atenciones de salud a la totalidad de la población. Cada EIS es un centro de costos.

5.3.1. Composición

El EIS que inicia su trabajo en las comunidades excluidas y dispersas está conformado por: médico; odontólogo; enfermera; obstetriz; educador de la salud y técnico en enfermería. En visitas posteriores su composición puede variar en función a la carga de enfermedad identificada y las necesidades de atención de la población visitada. La DIRESA a través de la Coordinación Regional de la estrategia de atención en salud a las comunidades excluidas y dispersas define en coordinación con los jefes de las redes y micro redes el número, cargos y perfil de los profesionales que conformarán el equipo itinerante en salud, los que se describen en el **Anexo N°05.** .

5.3.2. Selección de personal

La selección del personal que conforma el EIS está bajo la responsabilidad de la Micro Red de Salud. El proceso de convocatoria y selección se rige por las normas vigentes para la contratación del personal de la administración pública bajo los regímenes laborales autorizados y vigentes (como es el caso de los CAS Contrato Administrativo de Servicios).

Los profesionales que resulten seleccionados del concurso son contratados por el núcleo gestor de la micro red por todo el período que represente la cobertura de la totalidad de centros poblados alejados bajo su jurisdicción.

Tal como se manifestó en párrafos anteriores una opción puede ser que un porcentaje apreciable de serumistas asignados a las regiones alto andinas y selváticas estén asignados a conformar los EIS; para este efecto se requiere ampliar el número de plazas de este personal de salud y proporcionarles a estos

profesionales la asignación de una serie de incentivos que aseguren su permanencia por lo menos durante tres años.

5.3.3. Inducción de Personal

El proyecto UMBRAL de USAID ha identificado, capacitado y certificado en cada una de las regiones de salud, donde está desarrollando sus actividades, a profesionales de la salud responsables de formar a nivel de la región a capacitadores pertenecientes a las redes de servicios de salud responsables de desarrollar acciones de inducción al personal de salud que integrará los equipos itinerantes en salud.

Estas actividades deberán estar incluidas en el Plan regional de capacitación del personal de salud, el mismo que implica el desarrollo del entrenamiento a través de cursos, pudiendo alternar modalidades presencial y no presencial.

Los EIS seleccionados, son sometidos a un proceso de inducción. Los responsables de la capacitación de las redes de servicios desarrollarán los siguientes módulos de capacitación:

- Modelo de Atención Integral de Salud:
- Atención Integral Comunitario del Niño y Niña e Inmunizaciones
- Promoción de la Salud
- Salud de la Mujer
- Organización del Trabajo comunitario
- Primeros auxilios

5.3.4 El desarrollo del trabajo comunitario del EIS

5.3.4.1 El inventario de los centros poblados excluidos y dispersos.

El gobierno local conjuntamente con el personal de la o las microredes identifican la totalidad de centros poblados que cumplen con estas características y que se encuentran bajo su jurisdicción sobre la base de los criterios que el Gobierno Nacional establezca.

Esta información es enviada a las redes de servicios; estas consolidan la información y la trasmiten a la DIRESA quienes a su vez lo elevan al Gobierno Regional para su oficialización mediante Resolución Ejecutiva Regional y luego es enviado al Ministerio de Salud para fines de planificación, asistencia técnica y monitoreo. Este Registro es un instrumento de gestión Regional y Local que posibilita el planeamiento y ejecución de acciones orientadas al desarrollo humano de estas poblaciones.

5.3.4.2 Las acciones preparatorias del EIS para el trabajo en las comunidades: La planificación del trabajo comunitario:

Los EIS desarrollan las siguientes acciones preparatorias para el desarrollo de su trabajo en las comunidades:

a. Establecimiento de rutas de trabajo
b. Programación de actividades previo conocimiento de informes anteriores del EIS
c. Preparación de material de trabajo para las actividades de prevención y promoción
d. Preparación medicamentos, insumos y biológicos y las hojas de registro de información de la producción de servicios realizada y las fichas de afiliación al AUS.
e. Coordinaciones con los Jefes de los establecimientos de salud de mayor complejidad para preparar los casos de referencia de pacientes.
f. Coordinación con los gobiernos locales para la implementación de los centros comunitarios de servicios de salud

a. El establecimiento de rutas de trabajo

Se entiende como una ruta de trabajo de un EIS al espacio geográfico que abarca una micro red que puede comprender uno o varios municipios distritales donde están localizadas las comunidades con relativo acceso a los establecimientos de salud como de aquellos que son excluidas con alta dispersión y difícil acceso geográfico, sin posibilidad permanente a recibir servicios de salud y que deben ser atendidas por un equipo itinerante en salud de acuerdo a una programación establecida.

Para la planeación de rutas del EIS es necesario conocer las características socio económicas, epidemiológicas y de salud de las comunidades. Para establecer las rutas de los EIS se tomará en consideración las siguientes variables:

- Ubicación de las comunidades;
- Acceso a dichas comunidades; medio de transporte durante temporada secano y medio de transporte en temporada de lluvias.
- Distancia del establecimiento de salud más próximo
- Población aproximada; N° de hombres, mujeres y niños
- Población afiliada al AUS
- Nivel de organización comunal.
- Causas de morbilidad .
- Causas de mortalidad
- Presencia de entidades públicas o de otra naturaleza en la comunidad.
- Actividades productivas de la comunidad
- Existencia de comité local de salud y de el o los agentes comunitarios en salud

Para el establecimiento de rutas del EIS en comunidades excluidas y dispersas, además de contar con la información antes mencionada se deberá sujetar a los siguientes requisitos:

- Una ruta de un EIS estará conformada al menos por entre 7 y 15 comunidades dispersas o 1,500 familias (los habitantes totales se calculan sumando el total de habitantes de las localidades del sector que es de responsabilidad de un EIS)
- Preferentemente un EIS trabajará 25 días por 2 días de coordinación en la micro red y tres de descanso, conforme a la ruta mensual programada; sin embargo, las Direcciones Regionales de Salud podrán disponer la modificación de la jornada de acuerdo a sus necesidades operativas.
- Cada comunidad dentro de una ruta deberá ser visitada por el EIS al menos cuatro veces al año.
- La permanencia del EIS será por un día en cada localidad subsede visitada, cumpliendo una jornada de trabajo completa de 8 horas, a partir del momento en que llega a la localidad. Pudiera ocurrir que en la ruta de trabajo del EIS, se encuentran varias comunidades equidistantes y cercanas unas a otras; en este caso en la comunidad que interrelacione a las otras pueden permanecer varios días los profesionales de salud del EIS efectuando atenciones individuales a las poblaciones aledañas, en tanto que el resto del equipo puede estar efectuando labores de prevención y promoción de la salud. Este trabajo se puede hacer en coordinación con el Programa JUNTOS[37] u otro programa social vigente. En esta localidad se puede concentrar los registros familiares, registros de atenciones ; medicamentos e insumos para reabastecerse.
- Se establecerá una programación mensual, con dos propuestas operativas; una para la temporada sin lluvias, considerando que se tendrá acceso a todas las localidades y se desplegarán todos los criterios de programación (7 -15 localidades, 1,500 familias y visitas cuatro veces al año) y otra para “temporada de lluvias”, considerando que se tendrá acceso limitado a las localidades; en este caso el EIS ubicará como centro de operación a una comunidad que se encuentre a distancia equidistante y accesible de las demás comunidades. El técnico sanitario será el responsable de viajar a cada una de las comunidades e informar a los pobladores de la

[37] Diseño y elaboración de un Estudio de Costo – Efectividad de la oferta móvil de los servicios de salud

presencia del EIS. Si se presentan situaciones de emergencia en este segundo escenario, todo el Equipo EIS se traslada a la comunidad.

- El EIS inicia su trabajo en las comunidades formando dos sub equipos: un equipo de avanzada formado por el Educador de la Salud y el Técnico Sanitario quienes tienen la responsabilidad de inducir a la población a poner en valor sus activos sociales y productivos; para esto desarrollarán acciones de fortalecimiento de la organización comunal, de planeamiento de su desarrollo, de conocimiento de su realidad con sus fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas; en suma, la construcción de un proyecto de vida comunal.

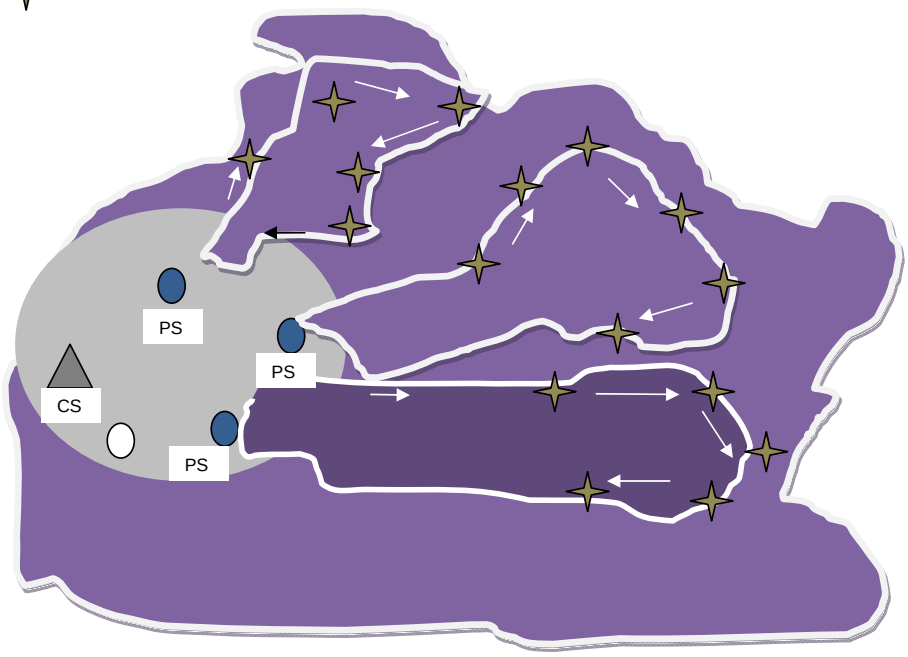
  El segundo sub equipo está conformado por profesionales de la salud tanto de la oferta fija como de la móvil que hacen atenciones extramurales tanto en comunidades cercanas a los EESS como en comunidades alejadas, excluidas y dispersas. Este segundo equipo puede tener variantes en la modalidad de atención dependiendo del tamaño de la micro red, el número de poblaciones cercanas a los EESS y el número de comunidades excluidas y dispersas.

  Adicionalmente antes de diseñar la ruta, el EIS deberá celebrar reuniones de trabajo y planeación con todos los actores involucrados en la instrumentación y operación del modelo de atención (gobiernos locales distritales, programas del Estado: JUNTOS; AGRO RURAL, PRONAMACHS; etc.

  Las poblaciones a ser atendidas como las rutas de trabajo deberán ser informadas por el jefe del micro red a la red de servicios de salud y éstos a su vez a la Coordinación Regional de la estrategia de atención en salud a las comunidades excluidas y dispersas.

  Las micro redes presentarán a la Jefatura de la Red de Servicios de Salud para su aprobación, las rutas de trabajo del EIS. La red de servicios de salud analizará y verificará que las rutas propuestas cumplan con todos los criterios de inclusión. En caso de que las rutas presentadas por las micro redes no cumplan con los criterios de inclusión, la red no autorizará el trabajo del EIS y le dará un plazo de 05 días hábiles para que ajuste, modifique o elabore una nueva ruta.

CS Centro de salud
PS Puesto de Salud
Comunidad Excluida



b. Programación de actividades del EIS.

Con la información basal del estado de salud de las comunidades identificadas para ser visitadas, el EIS bajo la dirección del médico elabora su programa de actividades que comprende:

- Relación de comunidades a ser visitadas;
- Fecha de visita;
- Tiempo de permanencia en cada lugar;
- Medios de transporte a ser utilizados;
- Programa de reuniones con los líderes comunales;
- Acciones tendientes a la elaboración de la planificación del desarrollo comunal;
- Identificación y capacitación a los efectores de salud comunales;
- Acciones de salud individual y colectiva que se va a desarrollar.

En las siguientes visitas la agenda del EIS en las comunidades es diferente a la primera; ésta ya tiene como propósito efectuar el seguimiento a las actividades comprendidas en el Plan de desarrollo comunal; atender la demanda acumulada de atenciones de salud; visitas domiciliarias a pacientes en riesgo; seguimiento a las acciones que realizan los efectores comunales de salud para evaluar si se está aplicando los conocimientos recibidos en la capacitación.

El programa incluye las acciones y responsabilidades que corresponden a cada uno de los miembros del EIS así como el presupuesto requerido para cubrir los costos de movilidad.

c. Preparación de material de trabajo para las actividades de prevención y promoción

Para abordar los temas preventivo promocionales de salud en las reuniones comunales se requiere de la utilización de material didáctico que será preparado por el EIS considerando las costumbres, idioma e idiosincrasia de la población; esta responsabilidad corresponde principalmente a la enfermera y a la obstetriz; con apoyo y asistencia técnica de la Oficina de Promoción de la DIRESA o su equivalente.

d. **Preparación medicamentos, insumos y biológicos.**

Con el conocimiento del perfil epidemiológico de estas poblaciones es posible calcular la cantidad de medicamentos, insumos y biológicos que requerirá ser utilizado. Este cálculo será efectuado por todo el EIS; el trámite para su obtención ante la micro red es del técnico sanitario quien además será responsable de su traslado, conservación, mantenimiento, registro y devolución.

Del mismo modo se calculará la provisión de medicamentos que se utilizarán en los botiquines comunales, los que serán abastecidos por la micro red y entregados a los pobladores en el marco de un uso racional de medicamentos.

e. Coordinaciones con los Jefes de los establecimientos de salud de mayor complejidad para preparar los casos de referencia de pacientes.

El gerente de la micro red y el médico jefe del EIS establecerán con los jefes de los establecimientos de mayor complejidad los mecanismos para asegurar la atención de los pacientes referidos por el EIS durante las visitas

f. Coordinación con los gobiernos locales para la implementación de los centros comunitarios de servicios de salud

Fortalecer la alianza con los gobiernos locales distritales es un factor de éxito, por lo que el jefe de la micro red conjuntamente con el jefe del EIS mantendrá coordinaciones permanentes a fin de asegurar que los recursos recibidos del MEF para implementar acciones orientadas a disminuir la desnutrición infantil; propiciar un crecimiento y desarrollo apropiado de los menores de edad sean utilizados

prioritariamente en la atención de las poblaciones excluidas y dispersas y en el equipamiento de los centros comunitarios de servicios de salud.

g. Acreditación de los miembros del EIS.

Cada uno de los miembros del EIS será acreditado por el gerente de la micro red como parte del sector salud y apto para desarrollar acciones de salud individual y colectiva en las comunidades asignadas. Igualmente recibirán una carta de presentación de la micro red dirigida a los presidentes de las comunidades para su reconocimiento.

5.3.4.3. El trabajo del EIS en las comunidades

a. El contacto inicial

La intervención del Equipo Itinerante en Salud en las comunidades dispersas se inicia con un proceso de acercamiento hacia los principales líderes de la comunidad; conocer inicialmente los problemas que tiene la comunidad, su organización, sus aspiraciones y problemas; sus actividades productivas; sus formas de vida etc.

La presentación, contará con el acompañamiento de un representante del gobierno local. Servirá para informarles sobre la importancia de la salud como elemento consustancial del desarrollo; la habilitación de capacidades para el desarrollo de las actividades productivas y su inserción en los mercados locales y regionales requiere como condición básica que los integrantes de las familias cuiden su salud, participen en las acciones de promoción y prevención.

Se informará que las tareas serán ejecutadas por los profesionales y técnicos de los equipos itinerantes en salud con la participación de la comunidad en pleno, y, en particular, con la de sus dirigentes comunales; luego informarles sobre el objetivo de estos equipos itinerantes de salud; el número de visitas que recibirán en un determinado periodo; las actividades de salud que se efectuarán en cada visita así como las acciones necesarias que deben ser ejecutadas por la comunidad para cumplir con los objetivos sanitarios.

b. El Fortalecimiento de las organizaciones comunales.

La organización comunal busca la participación *activa* de todas las familias de la Comunidad bajo la dirección de la Junta Directiva Comunal, cuyo liderazgo lo asume el presidente de la Comunidad. En muchas comunidades lo asume el Alcalde; La diversidad de formas de agrupación y asociación que se constituyen en las comunidades sirven para enfrentar los múltiples problemas sentidos; es decir, por las condiciones adversas en que sobrellevan la vida, las personas de bajos ingresos que tienden a agruparse para buscar de manera colectiva y solidaria la solución a los múltiples problemas que les afectan.

Esta situación de insatisfacción sentida por la comunidad convoca y moviliza a la mayoría de los miembros de una comunidad conformando “formas naturales” de asociación para resolver problemas comunes con la finalidad mejorar las condiciones de vida y defender los intereses de sus miembros. Para este efecto, el equipo del EIS buscará fortalecer la organización comunal, respetar la existente y hacerla más representativa a fin de que logren adquirir poder de decisión en los aspectos que afectan sus vidas.

Este poder de decisión, los convertirá en agentes de cambio de su propia realidad, y les permitirá estar, por sí mismos, en capacidad de poner en valor su propio desarrollo; en términos particulares el proceso de construcción de capacidades se fundamenta en los mismos principios del desarrollo autogestionado: a) Conciencia sobre responsabilidades y obligaciones; b) Equidad en todos los ámbitos de la vida. (Familiar, social, económica y política);c) Respeto a los Derechos Humanos; d) Desarrollo sustentable.

La construcción de capacidades parte del aprendizaje como una acción práctica y útil, específicamente orientada a superar limitaciones técnicas y/o a desarrollar habilidades para fortalecer el activo humano

(entendido este como el conjunto de habilidades, capacidades, talentos y destrezas que tienen las personas. Estas cualidades deberán ser utilizadas para crear, producir, transmitir información, generar conocimiento y todo aquello que la persona es capaz de hacer con su cuerpo e intelecto); y el activo Social: (que engloba los valores, las normas y los mecanismos que facilitan las relaciones Inter. personales y la convivencia social. A partir del capital social, se construyen las redes, las organizaciones y las instituciones, que hacen más productivos y eficaces las otras formas de capital y, en conjunto impulsan el desarrollo)

La construcción de capacidades, se dirigirá a impulsar el aprendizaje a partir de la acción y la reflexión, y en ella se producen procesos individuales y colectivos de aprender haciendo. Al final de este proceso las organizaciones comunales están en capacidad de:[38]

- Tener organizaciones articuladas y fortalecidas.
- Lograr la participación de la comunidad en las tareas de su propio desarrollo,
- Ejecutar acciones previamente planificadas;
- Ejercer la posibilidad de dialogo con las autoridades locales y regionales en forma organizada y llevando el consenso de la población;
- Efectuar decisiones y planificar acciones de larga duración.

c. La Gestión social comunitaria y la planificación del desarrollo comunal.

Es el proceso completo de acciones y toma de decisiones que hay que recorrer, desde el abordaje de un problema, su estudio y comprensión, hasta el diseño y operación de propuestas en la realidad. Proceso que implica un aprendizaje conjunto y continuo para los grupos sociales, que les permite incidir en los procesos de la toma de decisiones locales y regionales.

La gestión social comunitaria es una acción entendida como el canal por el que las personas y la comunidad desarrollan un espíritu emprendedor para generar un cambio social y superar la pobreza, y para que se adquieran destrezas que les permitan abordar los problemas del entorno. Para ello se requiere afianzar los lazos comunitarios, recuperar los valores colectivos, reforzar la identidad cultural e implica la convergencia de intereses y necesidades comunes y finalidades humanas concertadas[39].

La planificación del desarrollo comunal se realiza en forma participativa con todos los integrantes de la comunidad y es un proceso mediante el cual, la comunidad define primero su visión ó sueño común que establecerá el norte que debe orientar los esfuerzos de los actores sociales, políticos e institucionales por el desarrollo sostenible de la comunidad.

Luego elaborará su plan de desarrollo comunal que define qué quiere hacer, cómo lo hará, cuándo lo hará, con qué recursos contará y quiénes serán los responsables de su ejecución.

Mediante el Plan de Desarrollo Comunal, la comunidad definirá las actividades que realizará para hacer de su comunidad una Comunidad Saludable. Un instrumento que ayuda en este proceso es el Plan de Desarrollo de Mi Comunidad, Caserío o Barrio[40].

El Plan de Desarrollo Comunal ayuda a definir todo lo que la comunidad ejecutará para lograr su mejora y se convierta en una comunidad saludable, es decir, en una comunidad con gente sana y saludable. Cuando se elabora un Plan de Desarrollo Comunal, se está decidiendo qué problemas o necesidades de la comunidad van a ser resueltos; para identificar estos problemas, la información que brinda el Diagnóstico es fundamental.

[38] Organización y Planificación Comunal. Escuela de Liderazgo Chopcca. Programa CARE- Chopcca

[39] Sistema de Vigilancia Comunitaria. DIRESA APURIMAC II

[40] Comunidades Saludables. Guía Práctica de Implementación. Municipios y Comunidades Saludables. USAID

Luego de su aprobación se procederá a la ejecución que estará a cargo de los responsables del cumplimiento de cada una de las actividades.

Estas serán evaluadas, es decir medidas en sus resultados, para conocer si se están cumpliendo los objetivos planteados. La evaluación permite hacer un "corte" en un cierto tiempo y comparar el objetivo planteado con la realidad.

Lo importante y trascendental es que la gestión de estos documentos debe ser responsabilidad de la comunidad organizada, quienes con o sin la presencia del Equipo Itinerante en Salud deben ser administrados por los líderes comunales. Antes bien se tiene que inducir a que en esta tarea de inclusión social se incorporen otros actores públicos y/o privados.

Pero al mismo tiempo que se efectúa el proceso de construcción de futuro, las autoridades informadas, capacitadas y comprometidas con el desarrollo de su comunidad tendrán la responsabilidad de:

a. Vigilar el desarrollo de acciones planificadas e indicadores previstos y acordados con la comunidad (riesgos sanitarios: individuales y colectivos).
b. Realizar reuniones mensuales y cuando la problemática sanitaria lo requiera, para analizar las actividades desarrolladas, debiendo consignarse los acuerdos en el libro de actas. El EIS deberá promover estas reuniones, asumiendo la tarea de facilitador como una actividad regular de servicio.
c. Movilizar a la comunidad en el auto cuidado de su salud y el desarrollo de la comunidad.
d. Establecer soluciones consensuadas con su comunidad, concretas, rápidas e integrales, a los problemas identificados en la comunidad.
e. Responder rápidamente en la evacuación de emergencias.

d. Promoción de la salud

Las acciones de promoción de la salud buscan lograr una Comunidad Saludable entendido “como el lugar donde todas las autoridades, instituciones, organizaciones y ciudadanos trabajan unidos a favor de la salud, el bienestar y calidad de vida de sus habitantes”.[41].

“Una comunidad se convierte en Saludable cuando implementa la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables que consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el ámbito comunal, colocando a la promoción de la salud como de más alta prioridad en la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias; así como estimulando la colaboración entre municipios y comunidades”[42].

A nivel familiar se promoverá la propuesta de familias saludables se identificaran familias y viviendas modelo y con apoyo de la comunidad se promoverán concursos de las mejores viviendas, para estimular la mejora y el cambio a nivel de familias y vivienda; se impulsará la propuesta de Escuelas promotoras de la Salud; se capacitaran a profesores y APAFAS, en temas relacionados al cuidado de la salud y se promoverá encuentros de docentes, APAFAS y alumnos de las diferentes escuelas para la socialización de experiencias de escuelas promotoras de salud y se identificarán y premiaran a las escuelas modelo.

Como una acción transversal a todo el proceso se impulsara la participación de la mujer en todos los procesos de desarrollo y en las tomas de decisiones a nivel familiar y comunal. Al respecto se trabajaran con las organizaciones femeninas existentes en las comunidades especialmente en aspectos nutricionales, despistaje del cáncer mamario y cuello uterino y acciones de planificación familiar. Con el

[41] (OPS/OMS Municipios Saludables. Serie Comunicación para la salud, N° 11. Washington DC; OPS, 1997).

[42] Ibid

apoyo del odontólogo se busca disminuir la incidencia y prevalencia de enfermedades buco dentales en la población escolar y gestante.

e. Vigilancia epidemiológica comunal

El equipo EIS promoverá la solidaridad y participación de los miembros de la comunidad en el cuidado de la salud de la familia y de los demás miembros de la comunidad y colaborará con ellos en atención de acuerdo a sus posibilidades; coordinará con las autoridades y el personal de salud en la solución de sus problemas y les apoyará en el diseño de estrategias para que la misma comunidad tenga capacidades de identificar los problemas de la salud que los afectan, conozcan los factores condicionantes, entiendan los factores que favorecen la transmisión de enfermedades, conocer cuáles de estas son transmitidas por vectores[43] de modo que puedan informar inmediatamente al personal de salud de la micro red de cualquier evento que ocurra.

f. Afiliación al Aseguramiento Universal en Salud.- AUS

El líder de la organización comunal, conjuntamente con el educador de la salud y el técnico sanitario promueven la afiliación al AUS, para este efecto informan a la comunidad sobre los beneficios de tener un seguro de salud; luego proceden a identificar a los habitantes de las comunidades visitadas que no están afiliados al régimen subsidiado del aseguramiento universal en salud y proceden a su afiliación. Es responsabilidad del EIS afiliar al 100% de la población visitada a este régimen

5.3.4.4 Acciones posteriores a las visitas

El EIS luego de culminado sus rutas de atención regresan a la micro red y presentan al jefe del establecimiento de donde partieron la siguiente información y en copia al Gerente de la Micro red.

a. Plan comunal de desarrollo; resultados del censo comunal y del diagnóstico de la comunidad.
b. Relación de agentes comunitarios de salud.
c. Relación de familias en alto riesgo detectadas en cada comunidad.
d. Informe de las actividades de salud realizadas, así como el reporte de la producción en los formatos respectivos de cada comunidad visitada.
a. Información de los medicamentos, insumos y biológicos utilizados en cada comunidad;
b. Relación de medicamentos e insumos que requieren ser repuestos en los centros comunitarios de servicios de salud.
e. Información de los afiliados al AUS
f. Informe de evaluación de las intervenciones en salud individual realizada en cada comunidad; incluye un Informe actualizado del perfil epidemiológico de cada comunidad. Incluirá actividades pendientes para preparar el próximo desplazamiento según el Plan Anual de Intervención.
g. Informe del avance en el cumplimiento del Plan de Desarrollo comunal; la participación de la comunidad, las actividades de prevención y promoción, el funcionamiento del centro comunitario de servicios de salud, etc.
c. El jefe del EIS deberá entregar al jefe del establecimiento de salud y al gerente de la microred el plan de desarrollo comunal, el censo comunal realizado, los mapas e riesgos y los proyectos elaborados y la relación de agentes comunitarios identificados y capacitados de cada comunidad.
h. El equipo devolverá el material no utilizado y el equipamiento a la Microrred o Dirección de la Red según corresponda, firmándose un acta de conformidad así como una declaración de gastos efectuados por concepto de movilidad y viáticos cuando les corresponda.
i. El jefe del EIS preparará un informe de la prevalencia acumulada que requiere atención especializada a fin de organizar la oferta móvil específica o la referencia de ser el caso. Esta

[43] Vigilancia Epidemiologia Comunal. Alfonso Nino Guerrero. Convenio Hipólito Unanue.

información servirá para que la red de servicios de salud elabore un Plan de Atención Integral con oferta de servicios especializados, ubicados en puntos estratégicos de acceso para la población del ámbito

j. La Coordinadora Regional de la Estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas con los informes recibidos por los equipos EIS efectuará una evaluación trimestral, semestral y anual previo análisis de la información correspondiente, para verificar el logro de los objetivos y resultados propuestos, considerando los aspectos de costo-beneficio y rentabilidad social.

k. La atención itinerante, será evaluada de acuerdo a los indicadores nacionales e indicadores sanitarios de cobertura del MAIS, adicionalmente a los indicadores de gestión especificados en la Norma, sin embargo ello no impide que cada nivel pueda incorporar otros indicadores que resulten importantes o contribuyan a un mejor análisis de los resultados obtenidos y del desarrollo logrado.

ANIMANDO LA DISCUSIÓN

1. En el documento se propone que la micro red sea considerada como la unidad básica del sistema de salud con autonomía y como una posibilidad que esta fuera conducida por un CLAS bajo la Presidencia del representante del Gobierno Local. Sin embargo, existe otra propuesta como es la de organizar un Directorio para la conducción de las unidades productoras de servicios de salud de la micro red. Cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas. Cuál de ellas es la que más se adecúa para la prestación de servicios a poblaciones dispersas y excluidas?

2. El personal de salud de las micro regiones alto andinas y selváticas deben tener una bonificación adicional por la precariedad de las condiciones en la que desarrollan su trabajo sanitario? Se puede iniciar un proceso de mejora de sus remuneraciones en forma escalonada; por ejemplo un primer tramo comprendería al personal de las micro redes que labora poro encima de los 3,000 metros sobre el nivel del mar o de aquellos que trabajan en las provincias más alejadas de la selva baja o bajo otros criterios de esfuerzo explícitos?

3. El trabajo que realiza el EIS en las comunidades excluidas es de riesgo y como tal requiere de beneficios adicionales a los que se tiene; se propone por ejemplo que tengan 3 meses de descanso al año; un mes de vacaciones y dos para que se especialicen en medicina familiar; los médicos deben tener un puntaje adicional para el residentado. Podría darse el caso de profesionales serumistas que sean asignados a los EIS y gozar de los beneficios antes mencionados? O mejor todavía, estudiantes del último ciclo del pregrado de las facultades de medicina podrían acompañar a los EIS como parte de su formación profesional?

4. Desde el lado de la demanda; es justo que los agentes comunitarios también sean considerados como parte del sistema nacional de salud?; Podría darse el caso que el Programa JUNTOS asigne un monto equivalente a 100 nuevos soles mensuales a un ACS, con cargo que este cumpla con la ejecución del plan de salud comunal y que administre el centro comunitario de servicios de salud?.

5. Podrían financiar los EIS las empresas mineras?, ¿ implementar los centros comunitarios de servicios de salud los gobiernos regionales o locales?

6. El PEAS hecho para el sistema de salud institucional puede incorporar prestaciones que los agentes comunitarios en salud realizan desde tiempos inmemoriales y que son reconocidos y aceptados por la comunidad? Estas prestaciones podrán ser reconocidas por el SIS, considerando que una condición sine qua non del modelo inclusivo es la interculturalidad en las prestaciones de salud y que además es reconocido oficialmente por el MINSA?

7. Podría darse el caso como en el Brasil que para la ejecución de un piso básico de salud (PEAS comunitario), el MEF transfiera recursos directamente a los gobiernos Locales donde existan poblaciones excluidas y dispersas a una tasa capitada por la ejecución de actividades de salud previamente definidas y logren cumplir con las metas de desempeño pactadas?

5.4 La Oferta Móvil Especializada

La oferta móvil especializada está conformada por médicos especialistas. Provienen del hospital regional y de las redes de salud. Se desplazan a las micro redes para atender la prevalencia acumulada, previamente identificada y dimensionada por los equipos itinerantes en salud,

La participación del personal profesional especializado del hospital y de las redes en la atención ambulatoria en el establecimiento de la cabecera de micro red mejora las condiciones para implantar la atención integral centrada en la persona, oportuna, adecuada y continua.

"Es lo que ocurre cuando los servicios se organizan como una densa red de pequeños puntos de prestación de servicios cercanos al usuario. Eso facilita la organización de equipos suficientemente pequeños para conocer sus comunidades y ser conocidos por ellas, y suficientemente estables para entablar una relación duradera. Estos equipos requieren medios relacionales y de organización, así como competencias técnicas para resolver la mayor parte de los problemas de salud a nivel local"[44].

El modelo contempla poner al alcance de la población de la jurisdicción de los establecimientos de salud de categoría inferior a I - 4 y de comunidades excluidas y dispersas, oferta móvil especializada con el objeto de resolver problemas de salud de mediana complejidad que han sido detectados, seleccionados y programados en los mencionados establecimientos de salud y por los equipos itinerantes en salud en las visitas que realiza a las comunidades excluidas y dispersas, cumpliendo con los estándares de calidad de la atención.

Para ello, la Dirección Regional de Salud coordinará y organizará los equipos de oferta móvil especializada con los establecimientos hospitalarios y las redes de servicios de salud, integrados por médicos de las 4 especialidades básicas: medicina, pediatría, ginecología y cirugía general.

Para la atención de la población proveniente de comunidades excluidas y dispersas, se adecuará el establecimientos de salud más próximo a la respectiva ruta del equipo itinerante de salud, a fin de que pueda atender a los pacientes programados en las fechas programadas, utilizando equipo médico especializado trasladado hasta el lugar.

Comprende los servicios de:

- **Oferta especializada básica programable**

  Consiste en la oferta periódica de atención médica en las denominadas especialidades básicas.

- **Oferta de Especialidades médico-quirúrgicas con mayor demanda**

  Consiste en la oferta periódica de atención ambulatoria médica y quirúrgica especializada distinta a las básicas como: oftalmología, dermatología, otorrinolaringología, urología, cardiología, etc. que respondan a las patologías más frecuentes detectadas en la población objetivo de la oferta móvil especializada.

- **Cirugía de día**

  Consiste en la oferta periódica de atención quirúrgica de problemas de salud que pueden ser resueltos en intervenciones quirúrgicas poco complejas y que no requieren anestesia general. Esta se realizará en el establecimiento de categoría mínima I – 4 más cercano a las respectivas rutas de los equipos itinerantes de salud y en los establecimientos de salud de referencia de los que tienen categoría I – 1, I – 2 y I – 3 dentro de la jurisdicción de la respectiva micro red de servicios de salud.

[44] Atención Primaria para Todos. Más necesario que nunca. OMS. 2008

VI. RESPONSABILIDADES DE LAS DIVERSAS INSTANCIAS INTERSECTORIALES EN LA APLICACIÓN DEL MODELO INCLUSIVO.

6.1 Ministerio de Salud

a. Aprobar la política nacional de salud a favor de las comunidades excluidas y dispersa; efectuar su seguimiento y evaluar su cumplimiento..
b. Normar los procesos administrativos y sanitarios para viabilizar la atención en salud a las poblaciones excluidas y dispersas.
c. Producir conocimiento e información útiles para la implantación, desarrollo y consolidación de la atención a poblaciones excluidas y dispersas
d. Definir las metas sanitarias nacionales para el monitoreo y evaluación del proceso a nivel nacional.
e. Consolidar la información de los procesos de identificación y cuantificar nacionalmente la magnitud y condiciones de las poblaciones excluidas y dispersas
f. Brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales y gobiernos Locales que lo requieran en el diseño e implementación de políticas regionales y locales a favor de las comunidades excluidas y dispersas.
g. Cooperar con el agenciamiento financiero gubernamental de las actividades y promover la cooperación financiera con agencias intergubernamentales, multi o bilaterales.
h. Formular la modalidad de atención de los equipos itinerantes de salud.
i. Auditar los logros (Productos, resultados e impacto) de los planes regionales para la atención a las poblaciones excluidas y dispersas

6.2. Gobierno Regional

a. Adecuar las normas de los procesos administrativos y sanitarios para viabilizar la atención a las poblaciones excluidas y dispersas en su ámbito de responsabilidad.
b. Aprobar y ejecutar el Plan estratégico para la atención de las comunidades excluidas y dispersas de la región.
c. Incorporar la estrategia de atención integral a comunidades excluidas y dispersas como parte importante del sector salud en la lucha contra la pobreza dentro de la Estrategia CRECER Regional.
d. Asegurar los recursos financieros para el fortalecimiento de los establecimientos de salud identificados como estratégicos para asegurar la continuidad en la prestación de servicios de salud de las poblaciones excluidas y dispersas.
e. Coordinar con los gobiernos locales provinciales y distritales para que incorporen en sus respectivos planes de desarrollo territorial las acciones conducentes al desarrollo humano de las poblaciones excluidas y dispersas así como los recursos financieros necesarios.
f. Definir en coordinación con los sectores sociales a su cargo y los gobiernos locales provinciales la intervención progresiva de los programas sociales en las comunidades excluidas y dispersas.

6.3 Dirección Regional de Salud

a. Producir conocimiento e información útiles para la implantación, desarrollo y consolidación regionales de la atención a poblaciones excluidas y dispersas
b. Supervisar, monitorear y evaluar el soporte administrativo que brindan las redes en la implantación de los procesos administrativos y sanitarios para la atención a las poblaciones excluidas y dispersas
c. Consolidar y actualizar permanentemente la información de las poblaciones excluidas y dispersas proporcionadas por las redes.
d. Incorporar a los alcaldes provinciales y miembros de las comunidades al Consejo Regional de Salud para asegurar la viabilidad y sostenibilidad de la estrategia de salud dirigida a las poblaciones excluidas y dispersas.

e. Elaborar en coordinación con las redes las metas sanitarias regionales para el monitoreo y evaluación del proceso.
f. Brindar asistencia técnica a las redes que lo requieran
g. Promover la cooperación financiera de agencias públicas y privadas
h. Incorporar anualmente en el presupuesto de la DIRESA los recursos necesarios para financiar los costos fijos y variables destinados al funcionamiento de los equipos itinerantes de salud
i. Diseñar la modalidad de atención de los equipos itinerantes de salud
j. Articular la participación social a nivel regional
k. Organizar y mantener un equipo permanente de facilitadores regionales responsables de brindar capacitación continua y permanente a los equipos itinerantes de salud
l. Implantar el soporte logístico apropiado para el funcionamiento de los equipos itinerantes de salud.
m. Promover la acción trans sectorial y liderar la acción multisectorial

6.2.4 Red de Servicios de Salud

a. Incorporar en el directorio de la red a los alcaldes provinciales para conducir la gestión de las redes y microredes y en particular para asegurar la atención en salud a las poblaciones excluidas y dispersas.
b. Incorporar dentro de los planes de acción anuales de las redes de servicios un capitulo relacionado con la programación de las acciones, estrategias actividades y metas sanitarias a favor de las comunidades excluidas y dispersas.
c. Disponer de información demográfica, social y sanitaria de las comunidades excluidas y dispersas.
d. Asegurar la provisión de medicamentos e insumos a los microredes de salud para su entrega a los equipos itinerantes de salud
e. Supervisar, monitorear y evaluar el soporte administrativo que brindan las micro redes a los equipos itinerantes en salud para la atención a las poblaciones excluidas y dispersas.
f. Consolidar la información de la producción sanitaria realizada por los equipo0s itinerantes de salud en las poblaciones excluidas y dispersas que se encuentran en el ámbito de su responsabilidad y remitirlo a la DIRESA para los reembolsos correspondientes por el SIS
g. Organizar la oferte móvil especializada con la participación de médicos especialistas de los hospitales de la región para atender casos de prevalencia acumulada que sean detectados por los equipos itinerantes en salud

6.2.5 Micro Red de Servicios de Salud

a. Incorporar en el directorio de la micro red a los alcaldes distritales y a los representantes de las comunidades excluidas y dispersas para conducir la gestión de las redes y microredes y en particular para asegurar la atención en salud a las poblaciones excluidas y dispersas.
b. Proporcionar información sobre la situación de salud de las comunidades a intervenir a los equipos itinerantes en salud
c. Seleccionar al personal de salud que conformará los equipos itinerantes en salud;
d. Organizar con el personal de la oferta fija equipos itinerantes de salud para que desarrollen en comunidades de relativo acceso acciones sanitarias similares a los que ejecutan los EIS en comunidades excluidas.
e. Desarrollar el proceso de inducción y proporcionar el equipamiento y recursos necesarios para su movilización.
f. Planificar conjuntamente con los equipos itinerantes de salud las atenciones a realizar en cada comunidad a nivel individual.
g. Suministrar al Equipo Itinerante en salud de los insumos necesarios para la atención como vacunas, medicamentos, suplementos vitamínicos, formatos, fichas para la afiliación al AUS;
h. Mantener permanente comunicación con el equipo itinerante para conocer del requerimiento adicional de medicamentos y de las acciones de referencia de pacientes.

i. Atender los casos de referencia efectuados por los equipos itinerantes de salud o referirlo a otros establecimientos de mayor complejidad y capacidad de resolución.

6.2.6 Gobiernos Locales

a. Incorporar en el Plan de desarrollo del gobierno local, en sus planes estratégicos, planes operativos y en el presupuesto anual actividades y metas sanitarias destinadas al apoyo a las comunidades excluidas y dispersas ubicadas en su ámbito jurisdiccional.
b. Apoyar a las comunidades excluidas y dispersas en la implementación de los centros comunales de servicios de salud con bienes, medicamentos e insumos cuya relación será proporcionada por la red de servicios de salud.
c. Organizar conjuntamente con el personal de la micro red la logística para el traslado de casos de referencia de pacientes de las comunidades excluidas y dispersas al establecimiento de salud más próxima con capacidad resolutiva.
d. Gestionar la asignación de recursos humanos, la construcción, mantenimiento y equipamiento de locales o establecimiento y abastecimiento de vehículos, equipos y materiales en la cantidad, oportunidades y lugares necesario, según requerimiento de la autoridad sanitaria regional.
e. Prestar apoyo a los equipos itinerantes en salud en el fortalecimiento de las organizaciones comunales, en la elaboración de proyectos y en su incorporación en el presupuesto participativo.
f. Participar en el directorio de las microredes y redes de servicios en la toma de decisiones para la mejor marcha de la atención a las poblaciones excluidas y dispersas.

6.2.7 Comunidades Excluidas y Dispersas

a. Participar en el directorio de las microredes y redes de servicios en la toma de decisiones para la mejor marcha de la atención a las poblaciones excluidas y dispersas.
b. Elaborar el plan de Desarrollo comunal en salud y conducir su ejecución informando al Jefe de la micro red sobre su cumplimiento en las reuniones del directorio de la micro red de servicios de salud..
c. Participar en las actividades de promoción de salud a cargo de los equipos itinerantes de salud organizados por la microred y el gobierno local.
d. Administrar los documentos de gestión de las atenciones del equipo itinerante en salud: Mapas parlantes, fichas familiares; censo comunal, Plan de desarrollo comunal; proyectos comunitarios, etc.
e. Otorgar conformidad al trabajo realizado por los equipos itinerantes en salud en su comunidad como condición previa al pago de sus honorarios profesionales.
f. Organizar conjuntamente con el gobierno local y el equipo itinerante en salud el servicio de emergencias para la referencia de pacientes al establecimiento más cercano con capacidad resolutiva.
g. Ceder un espacio físico para la implementación del centro comunal de servicios de salud y administrarlo.
h. Proporcionar un ambiente para el descanso del personal itinerante en salud y prestar el apoyo logístico para el traslado de este personal a otras comunidades.

VII.- EL COMPONENTE DE GESTIÓN: LA UBICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA DIRESA

La Estrategia de atención en salud a poblaciones excluidas y dispersas constituye uno de los ejes más importantes de la política regional en salud y como tal, su ubicación debe tener un lugar privilegiado en la estructura organizacional del Ministerio de Salud y de la Dirección Regional de Salud.

En el Ministerio de Salud de debe instalar una Comisión Central con dependencia directa del Despacho Ministerial cuyas funciones serán las siguientes:

h. Conducir la implantación nacional de la política en salud y el modelo de atención inclusiva en salud para las comunidades dispersas, y excluidas.
i. Coordinar con las comisiones regionales y locales las actividades del proceso de implantación nacional de la política y del Modelo.
j. Brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales y locales,
k. Auditar la implantación sub nacional de la política,
l. Acreditar las comisiones regionales y locales constituidos y los procesos de agenciamiento y asignación de recursos
m. Informar sistemáticamente al Ministro de Salud y periódicamente, y a solicitud, a la Presidencia del Consejo de Ministros y al Congreso Nacional;
n. Evaluar el proceso de implantación nacional de la política y formular y proponer los cursos de acción correctivos a que hubiere lugar.

La Secretaría Técnica estará a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas.

La Dirección Regional de Salud designará a un(a) Coordinador(a) Regional bajo su directa dependencia y cumplirá las siguientes funciones:

a. Efectuar la planeación, programación, cálculo presupuestal y seguimiento de la Estrategia sobre la base de los lineamientos de política Regional a favor de las poblaciones excluidas y dispersas y en función de las normas comprendidas en el Modelo de Atención.
b. Desarrollar acciones de coordinación con los gobiernos locales provinciales y locales a fin de lograr el apoyo técnico y financiero que requiere la implementación de la Estrategia.
c. Formular el Plan Estratégico y operativo de la Estrategia de atención en salud a las comunidades excluidas y dispersas y evaluar sus resultados.
d. Consolidar las rutas de trabajo definidas por las microredes de servicios de salud y avaladas por las redes de servicios.
e. Participar en el seguimiento a las acciones de salud establecidas en los programas de trabajo de los EIS y en las reuniones de evaluación que éstos efectúen al concluir sus visitas a las comunidades.
f. Convocar mensualmente a los Jefes de las redes de servicios de salud para evaluar el desarrollo de la estrategia y el desempeño de los EIS y tomar las medidas correctivas necesarias de presentarse.
g. Coordinar y fomentar la actualización de los facilitadores regionales en las técnicas de capacitación para que apoyen en la formación de capacitadores de equipos itinerantes en salud en las redes y microredes de servicios de salud incluyendo el personal comunitario.
h. Regional del Gobierno regional sobre las acciones realizadas con base en los compromisos asumidos por la DIRESA para la prestación de servicios de salud de los equipos itinerantes en salud.
i. Coordinar con los responsables regionales de las Estrategias Nacionales para promover sinergias en el apoyo a las poblaciones excluidas y dispersas.

j. Ejecutar las acciones necesarias para asegurar el abastecimiento de medicamentos, insumos y biológicos a las micro redes de servicios de salud para que éstos, a su vez, los entreguen a los EIS.
k. Organizar y actualizar el registro regional de poblaciones excluidas y dispersas para su aprobación por el Gobierno regional.
l. Organizar la información de la producción de servicios de salud individual y colectiva efectuada por los EIS así como el proceso de fortalecimiento del liderazgo comunal para su presentación al Gobierno Regional y al Ministerio de Salud.
m. Organizar en coordinación con las redes de servicios las ofertas móviles especializadas sobre la base de la información recopilada por las EIS:

El (la) Coordinador(a) Regional contará con un equipo de profesionales que le prestarán apoyo en el desarrollo de su función.

VIII. EL FINANCIAMIENTO DE LAS ACCIONES DE SALUD ESTABLECIDAS EN EL MODELO.

La DIRESA en coordinación con el Gobierno regional orientará los esfuerzos y recursos regionales y locales y de otras fuentes (organizaciones no Gubernamentales, Programas, proyectos de cooperación Internacional); empresas privadas, etc. para el financiamiento de las acciones de salud en beneficio de las poblaciones excluidas y dispersas identificadas en el plan estratégico y determinadas en el plan operativo anual.

La DIRESA gestionará ante el gobierno regional las transferencias de fondos de la unidad ejecutora responsable para cubrir el gasto en recursos humanos, equipamiento y otros servicios de las intervenciones sanitarias de los EIS.

El SIS financiará las prestaciones de salud de la población excluida y dispersa y procederá a transferir a la unidad gestora de la Micro red el valor de producción de acuerdo a la normatividad vigente del SIS, así mismo el SIS financiará la referencia y contra referencia de pacientes referidos por el EIS en casos de emergencia, al establecimiento de salud más cercano y capacidad resolutiva para solucionar el daño motivo de la emergencia.

Constituyen otras fuentes de financiamiento de la atención integral de las poblaciones excluidas y dispersas la Cooperación técnica internacional, ONGs y otros programas implementados en el ámbito de las intervenciones sanitarias.

IX. LAS ACCIONES DE SUPERVISION Y MONITOREO

La Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud en su condición de Secretaría Técnica de la Comisión Central supervisará y monitoreará la implementación del Modelo en los ámbitos regionales; para este efecto construirá en coordinación con las DIRESAS un set de indicadores-

A su vez, la Dirección Regional de Salud implementará un plan de supervisión regional para garantizar:

- El avance de la aplicación del Modelo;
- La calidad de la atención de las intervenciones médicas;
- La suficiencia y oportunidad de los recursos y;
- Los posibles impactos de las acciones en la población beneficiaria.

El Modelo de Atención contará con un mecanismo de monitoreo continuo en los diferentes ámbitos de operación en donde los responsables de la conducción del modelo en el nivel de la DIRESA, la red y las micro redes de servicios de salud analizan y evalúan los alcances y en su caso definen medidas de intervención oportunas en beneficio de la población beneficiaria.

Esta estrategia permitirá obtener información detallada sobre el estado de la operación, con el propósito de apoyar la toma de decisiones, la detección oportuna de desviaciones operativas e implementar, en su caso, acciones de mejora continua de los procesos operativos del modelo a través de la generación y análisis de indicadores.

Una mayor efectividad de estas acciones, se logrará también, a través de su operación descentralizada, con lo que se obtendrá la identificación temprana de riesgos y de inconsistencias y la aplicación oportuna de medidas preventivas y correctivas de las desviaciones identificadas tanto a nivel regional como en las propias redes de servicios de salud.

Esta acción fortalecerá los mecanismos internos de concertación y coordinación de la DIRESA, de tal manera, que el monitoreo funcione de forma dinámica y homogénea a nivel de micro red; red y DIRESA.

X. EVALUACION DEL MODELO INCLUSIVO

El fin último del modelo es mejorar las condiciones de bienestar de la población excluida y dispersa; finalidad que se alcanza a través del otorgamiento de servicios equitativos y de calidad, congruentes con las necesidades y expectativas de sus pobladores; por lo tanto, el desarrollo e impacto de estos servicios en el logro de este propósito debe evaluarse.

En este contexto y para coadyuvar a que el modelo logre la finalidad y objetivos establecidos es necesario establecer indicadores de evaluación que sobre la base de la estructura del modelo son los siguientes:

1.- Total de población que habita en las comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el modelo.
(Población atendida por los EIS / Total de población que habita en comunidades aisladas y excluidas)*100
Periodicidad: Anual

2. Porcentaje de comunidades atendidas respecto de las programadas.
(Localidades atendidas / Localidades programadas para ser atendidas)*100
Periodicidad: Anual

3. Porcentaje de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados.

Actividades de promoción y prevención ambulatoria realizadas / Actividades de promoción y prevención ambulatoria programadas)*100
Periodicidad: Semestral

4. Porcentaje de servicios de atención médica realizados en la comunidad con respecto a los programados.

Actividades de atención médica realizadas en la comunidad / Actividades de atención médica ambulatoria programadas)*100
Periodicidad: Semestral

5. Porcentaje de niños menores de 5 años identificados con desnutrición con tratamiento

(Niños menores de 5 años identificados con desnutrición con tratamiento / niños menores de 5 años identificados con desnutrición programados)´ 100

6. Porcentaje de partos institucionales realizados provenientes de comunidades excluidas y dispersas.
Partos institucionales atendidos provenientes de comunidades excluidas y dispersas / Partos programados.

XI. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO.

La aplicación del modelo descrito anteriormente puede estar sujeta a modificaciones o a combinaciones, fundamentalmente por razones políticas, técnicas y económicas. Es fundamental en este punto definir una ruta crítica tentativa para la propia implementación efectiva del modelo como un todo sistémico en el marco del sistema de salud vigente.

Una alternativa que podría constituir un paso fundamental en la atención a las poblaciones excluidas y dispersas se explica en el **Anexo N° 06**.

ANEXO Nº 2

LISTADO DE COMUNIDADES IDENTIFICADAS

Nombre de las comunidades	A	B	C	D	E	F	G	H

ANEXO Nº 3

SISTEMA DE CALIFICACION DE VARIABLES PARA LA IDENTIIFICACION DE COMUNIDADES DISPERSAS Y EXCLUIDAS

	VARIABLE	DOS PUNTOS	UN PUNTO	CERO PUNTOS
A	Accesibilidad geográfica	Muy difícil acceso	Poco accesible	Fácil acceso
B	Desnutrición Infantil	Afecta a más del 60% de la población infantil	Afecta a menos del 50% de la población infantil	Menos el 30 % de la población está afectada de desnutrición.
C	Morbi mortalidad infantil	Alta; la mayoría de la población infantil se enferma de IRAS y EDAS. No hay ACS capacitados.	Riesgo mediano; Las IRAS y EDAS afectan en un porcentaje moderado a la población.	Presencia de ACS permite controlar morbimortalidad infantil por EDA S e IRAS.
D	Analfabetismo	Más el 70% de la población es analfabeta	Menos del 50% de la población es analfabeta	Menos el 30 % de la población es analfabeta
E	Actividades productivas	Monocultivo en la producción para el autoconsumo	Incipientes procesos de participación de sus productos agrícolas en el mercado	Producción agrícola diversificada e integrada a un corredor productivo
F	Participación comunal	Organización comunal desestructurada	Comunidad cuenta con organización comunal pero inactiva	Comunidad cuenta con liderazgo organizado.
G	Presencia de servicios del Estado	No hay presencia de servicios del Estado	Presencia sólo del sector educación	Hay presencia de algunos sectores y ONGs
H	Apoyo del Gobierno Local	Muestra disposición de apoyar	Escasa disposición de apoyar	Actitud indiferente ante problemas de salud e la comunidad

ANEXO N° 04

PERFIL DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

Conocimientos:

- Identifica los problemas de salud de la comunidad.
- Identifica y refiere a las personas de la comunidad, que requiere atención en el establecimiento de salud.
- Conoce y difunde mensajes claves para la prevención de las enfermedades.
- Conoce y difunde mensajes básicos de alimentación y nutrición del niño y la gestante.
- Tiene conocimientos claros y prácticos de comunicación educativa interpersonal y grupal.
- Tiene ideas claras y esta previsto de mensajes que va a transmitir.
- Conoce y difunde los datos básicos en salud.
- Conoce y difunde el tratamiento el tratamiento de rehidratación oral.
- Conoce y difunde las medidas ante emergencias obstétricas, neumonías, EDAS
- Conoce el plan de salud de su comunidad.

Habilidades:

- Realiza seguimiento y monitoreo comunitario de las familias en riesgo.
- Administra las fichas familiares y registra las actividades realizadas.
- Aplica y difunde las normas de higiene básica a las personas, las familias y la comunidad.
- Maneja instrumentos de registro de familias en riesgo.
- Coordina y utiliza los recursos existentes en la comunidad.
- Plantea alternativas de solución a los problemas encontrados en la visita domiciliaria.
- Ordena los problemas priorizándolos.
- Reconoce signos de alarma
- Refiere pacientes al establecimiento de salud
- Realiza la vigilancia comunal.
- Maneja instrumentos de recolección de datos básicos de la salud de su comunidad.

Actitudes:

- Ser positivo, entusiasta y comprometido en sus actividades.
- Debe actuar con iniciativa.
- Compromiso con los problemas de salud de su comunidad.
- Utiliza palabras sencillas y claras.
- Mantiene una actitud vigilante acerca de los procesos de salud-enfermedad.

b. Capacitación

La capacitación del agente comunitario en salud es responsabilidad del personal de salud de la micro red. El capacitado, es la vez, un agente facilitador del proceso educativo. Su papel consiste en guiar el proceso educativo ofreciendo la información necesaria para que los participantes puedan procesarla de acuerdo a sus experiencias y puntos de vista.

c. Acreditación

Para acreditar a los Agentes Comunitarios de Salud se estandarizará criterios y exigencias mínimas para su intervención en las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención en primeros auxilios. La acreditación la realiza la Red de Servicios de Salud.

ANEXO N°05

FUNCIONES DE LOS CARGOS DEL EQUIPO ITINERANTE EN SALUD Y SUS CAPACIDADES.

Médico cirujano

- Programar, supervisar, ejecutar y evaluar las actividades preventivo promociónales, asistenciales y programas de salud en el área de medicina que se llevaran a cabo en las comunidades excluidas y dispersas...
- Elaborar el petitorio de materiales de medicina.
- Prestar atención médica en consulta ambulatoria en los centros comunitarios de servicios de salud y en las vivistas domiciliarias a las familias calificadas en riesgo social de conformidad con las guías de práctica clínica vigentes.
- Elaboración de informes estadístico mensual, trimestral, semestral y anual del servicio de su competencia.
- Ejecutar intervenciones quirúrgicas menores, procedimientos y actividades de asistencia médica.
- Capacitar a los AGC en la aplicación de primeros auxilios y en el uso y aplicación de los medicamentos contenidos en el Botiquín comunal

Odontólogo

- Aplicar normas técnicas y procedimientos clínicas para la atención odonto estomatológica.
- Programar, supervisar, ejecutar y evaluar actividades buco-dental.
- Ejecutar campañas de salud oral a la comunidad y a los escolares.
- Realizar consultas, curaciones, endodoncias, exodoncias, examen dental, extracciones dentales, profilaxis y/o intervenciones quirúrgicas dento-maxilares.

Enfermera

- Programar las actividades preventivo promocionales a llevar a cabo en las comunidades excluidas y dispersas.
- Programar sobre la base del conocimiento de la salud de las personas de las comunidades a ser visitadas los medicamentos, biológicos,
- insumos y vacunas que requiere el EIS para cubrir con las atenciones e informar a la micro red el consumo de insumos, procedimientos y atenciones médicas realizadas. Preparar material didáctico para las charlas de tipo preventivo promocional con los habitantes de las comunidades campesinas
- Elaborar en coordinación con el técnico sanitario y los AGS el mapa de riesgos de cada la comunidad y programar las visitas domiciliarias.
- Llenar y revisar las fichas familiares historias clínicas y formatos de consumo de los pacientes internados.
- Capacitar al AGC en el desarrollo de las actividades preventivo promocionales en ausencia del EIS
- Coordinar acciones e intervenciones médicas.

Obstetra u obstetriz

- Realizar y promover la captación oportuna y seguimiento de la gestante.
- Elaborar y ejecutar con el apoyo de las parteras tradicionales el plan de partos.
- Realizar la atención prenatal integral e identificar oportunamente los factores de riesgo.
- Brindar consulta obstétrica, examinas, diagnosticar, prescribir y administrar tratamiento que su
- profesión le faculta a las mujeres gestantes de las comunidades.
- Indica y administra vacunas de su especialidad.
- Capacitar a las parteras tradicionales en el cuidado y control de las gestantes, la detección de riesgos obstétricos, en el seguimiento del Plan de partos y en la referencias.

- Promover reuniones con las mujeres de la comunidad para informar sobre las acciones de planificación familiar.
- Elaborar la historia clínica materno perinatal, registra y firma las atenciones, evoluciones y procedimientos integrales que realiza.

Educador para la salud

- Promover o activar el funcionamiento de la o las organizaciones comunales vigentes.
- Apoyar a la organización comunal en la convocatoria de la población para construir participativamente el plan de desarrollo comunal.
- Coordinar con el equipo de salud y con los agentes comunitarios en salud la programación, ejecución y evaluación de las actividades preventivos promocionales.
- Colaborar con los grupos organizados de la comunidad en la planificación de actividades de mejoramiento de la salud.
- Promover la Educación Para la Salud en la comunidad y en los centros educativos existentes
- Organizar a la comunidad en el mejoramiento de su habitabilidad a través de la promoción de viviendas mejoradas, cocinas mejoradas, plan de vida familiar, et c.
- Apoyar a la comunidad en la elaboración de proyectos de desarrollo comunal e incidir ante las autoridades competentes para lograr su ejecución.
- Lograr que el servicio de salud vincule a la comunidad para su solución de sus problemas.
- Establecer convenios con instituciones de otros sectores que ya hayan desarrollado esa infraestructura.

Técnico sanitario

- Brindar un servicio con calidad y calidez a los miembros de la comunidad.
- Apoyar a la organización comunal en la convocatoria a las reuniones de la comunidad para el desarrollo de las acciones preventivo promocionales.
- Apoyar al educador de la salud en las acciones de planificación del desarrollo de la comunidad.
- Asistir a las reuniones técnicas programadas y actividades de capacitación a los agentes comunitarios en salud
- Participar en el cuidado de bienes e insumos del EIS durante el trabajo extramural.
- Prestar apoyo al equipo itinerante en salud en la planificación, ejecución y evaluación de todas las acciones programadas en las comunidades visitadas.

El personal contratado como técnico sanitario además del perfil requerido, como condición previa para su contrato es que sea oriundo de los distritos beneficiados con la Estrategia.

Capacidades sociales básicas

- Habilidades de comunicación y educación de adultos y convocatoria a la población.
- trabajo en equipo multidisciplinario, para contribuir a la solución de problemáticas de salud de manera integral e intersectorial, en alianzas estratégicas con las autoridades en salud, redes sociales y otros sectores
- Sensible y comprometido con la realidad económica, social y cultural de las poblaciones excluidas y dispersas donde se desempeña y de preferencia hablar el idioma originario de las familias y comunidades de su área de trabajo
- Respetar y aceptar las creencias, costumbres y valores de la población y el acompañamiento de la familia en los procedimientos de atención para mantener la confianza y la tranquilidad del usuario/a.
- Adaptabilidad a las condiciones de vida de los lugares visitados.
- Hacer incidencia ante las autoridades locales y de la DIRESA para lograr su apoyo en las acciones en beneficio de las comunidades excluidas y dispersas.

Capacidad técnica básica

- Aplicar las guías de práctica clínica cultualmente adecuadas.
- Conocer el manejo de las enfermedades prevalentes de la zona y habilidad para atención de partos y emergencias en el grupo materno infantil.
- Conocer técnicas de Vigilancia Epidemiológica.
- Conocer aspectos de Análisis Situacional y análisis de Información.
- Conocer técnicas educativas.
- Conocer prácticas de medicina tradicional de salud.
- Asesorar y prestar apoyo en el fortalecimiento de la organización comunal a organización, en el diseño y elaboración participativa de planes de desarrollo comunal.
- Apoyar en la organización, implementación y funcionamiento de la oferta fija comunitaria.

ANEXO N° 06

ALTERNATIVA PARA EL MEJORAMIENTO DEL TRABAJO EN SALUD CON LAS COMUNIDADES EXCLUIDAS Y DISPERSAS

SITUACION PREVISTA:

a. El Ministerio de Salud determina no modificar la Norma Técnica de Salud (N° 081 MINSA/DGSP) de los equipos de atención integral de salud a las poblaciones excluidas y dispersas aprobada mediante Resolución Ministerial N° 478-2009/MINSA.

b. A nivel nacional funcionan 161 equipos AISPED y no hay recursos financieros para incrementar el número de equipos itinerantes.

c. Las Direcciones Regionales de Salud y los Gobiernos Locales disponen de recursos transferidos por el Ministerio de Economía y Finanzas.- PPR para destinarlos a la disminución de la desnutrición infantil y las tasas de mortalidad infantil y mortalidad neonatal.

PROPUESTA DE ACCIONES A SER EJECUTADAS

El Ministerio de Salud con ocasión del cambio de autoridades en los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales convoca a una **Reunión intergubernamental** de Presidentes de Gobiernos Regionales de las zons andinas y selváticas y de los Directores Regionales de Salud con el objeto de acordar aspectos relacionados con el desarrollo humano de las poblaciones excluidas y dispersas proponiendo la suscripción de un Acuerdo Nacional que contemple los siguientes puntos:

a. Compromisos del Gobierno Regional/Dirección Regional de Salud

- ✓ Conformar un Equipo Técnico (Comisión Regional), dependiente directamente del Despacho del Presidente Regional, que tendrá por funciones:

  g. Conducir la implantación regional de la política nacional,
  h. Coordinar con la comisión regional y las comisiones locales las actividades del proceso de implantación regional de la política,
  i. Brindar asistencia técnica a los gobiernos locales,
  j. Auditar la implantación sub regional de la política,
  k. Informar sistemáticamente al Presidente Regional y periódicamente, y a solicitud, al Ministerio de Salud, a la Presidencia del Consejo de Ministros y al Congreso Nacional;
  l. Evaluar el proceso de implantación regional de la política y formular y proponer los cursos de acción correctivos a que hubiere lugar.

- ✓ Organizar y oficializar el registro regional de comunidades excluidas y dispersas que existen en cada región que incluya la siguiente información:

  - Acceso a dichas comunidades; medio de transporte durante temporada secano y medio de transporte en temporada de lluvias.
  - Distancia del establecimiento de salud más próximo
  - Población aproximada; N° de hombres, mujeres y niños
  - Población afiliada al AUS
  - Nivel de organización comunal.
  - Causas de morbilidad de la población.
  - Causas de mortalidad
  - Presencia de entidades públicas en la comunidad.

- Actividades productivas de la comunidad.
- Existencia de comité local de salud y del o los agentes comunitarios de la comunidad.

✓ Formular el Plan estratégico Regional de desarrollo de las poblaciones excluidas y dispersas.
✓ Definir el número de comunidades excluidas y dispersas que serán atendidas anualmente hasta cubrir el universo total.
✓ Formular el Plan Operativo Anual de atención en salud destinado a estas poblaciones.
✓ Mejorar los niveles de articulación del gobierno regional con el gobierno local para destinar coordinadamente los recursos transferidos por el PPR a las comunidades excluidas y dispersas evitando superposiciones.
✓ Descentralizar las decisiones de administración del AISPED a las micro redes de servicios de salud para que sobre la base de los perfiles de cargos aprobados por la red de servicios en coordinación con la DIRESA efectúe las acciones de selección y contratación de los profesionales y técnicos que conforman los AISPED por un periodo no menor de 06 meses.

Conformar equipos itinerantes en salud con personal de la oferta fija de la microred; su traslado y permanencia en las comunidades será financiado con recursos del PPR.

b. Compromisos del Ministerio de Salud

a. Conformar una Comisión Técnica de Asistencia Técnica y seguimiento a las acciones de salud a las comunidades excluidas y dispersas, que depende directamente del Despacho Ministerial que tendrá por funciones:

- Conducir la implantación nacional de la política,
- Coordinar con las comisiones regionales y locales las actividades del proceso de implantación nacional de la política,
- Brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales y locales
- Auditar la implantación sub nacional de la política,
- Acreditar las comisiones regionales y locales constituidos y los procesos de agenciamiento y asignación de recursos
- Informar sistemáticamente al Ministro de Salud y periódicamente, y a solicitud, a la Presidencia del Consejo de Ministros y al Congreso Nacional;
- Evaluar el proceso de implantación nacional de la política y formular y proponer los cursos de acción correctivos a que hubiere lugar.

b. Apoyar a las Direcciones Regionales andinas y selváticas con personal SERUM para incrementar el número de equipos AISPED.

c. Disponer que el SIS transfiera oportunamente los recursos por efecto de las prestaciones realizadas por la micro red en su conjunto del que forman parte los AISPED.

d. Prestar asistencia técnica en la implementación del PEAS; capacitar al personal en la aplicación de las guías de práctica clínica.

c. Compromisos de ambas partes.

a. El centro de salud base cabecera de la microred será fortalecida como centro base materno infantil con capacidad resolutiva para atender partos y complicaciones. El financiamiento será corresponsable entre el Gobierno Nacional y Regional. Debe tener una casa de espera financiado con recursos del gobierno local.

b. La micro red organizada como una unidad básica de gestión y producción sanitaria; cuenta con un Directorio con representantes de las comunidades excluidas, autoridades de los gobiernos locales y representante de la red de servicios; El personal de salud es de la micro red y no de los establecimientos de salud, de modo que el jefe de la micro red puede planificar racionalmente la

distribución del personal de salud en la micro red. El Ministerio de Salud prestara el apoyo técnico para su concretización para este efecto coordinará con los gobiernos locales provinciales o distritales.

c. El Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales de Salud coordinarán acciones para la formación de facilitadores regionales encargados de formar cuadros de personal responsables de la capacitación permanente al personal de la oferta fija y de la oferta móvil.

.

d. El Ministerio y los Gobiernos Regionales convienen que el trabajo de los AISPED estén orientados fundamentalmente a:

- ✓ La disminución de la desnutrición infantil
- ✓ La inmunización de la población infantil y adolescente
- ✓ La disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad neonatal
- ✓ La promoción de la lactancia materna
- ✓ La promoción del parto seguro institucional
- ✓ Planificación familiar
- ✓ Mejoramiento de los hábitos de vida: construcción de letrinas, cocinas mejoradas; habitabilidad; lavado de manos; control prenatal.
- ✓ Fortalecimiento de la organización y gestión comunal.
- ✓ Otorgamiento del DNI y afiliación al AUS.

BIBLIOGRAFIA

1. Plan Perú 21.Plan Estratégico Nacional. CEPLAN.2010
2. Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Maroni Consultores SAC.
3. Caracterización de la Población excluida de la Protección Social de Salud en el Perú- Mosqueira Rocío .OPS-2003
4. Lugar Preponderante del Género en la Erradicación de la Pobreza y las Metas de Desarrollo del Milenio. N*aila kabeer 2000.*
5. Los Comités de Desarrollo Comunal. Alfonso Nino. 2007
6. ASIS regionales.
7. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud, MINSA. 2007
8. Interculturalidad: Desafío y proceso de construcción. SERVINDI. 2005.
9. Las políticas de salud y la inclusión social. Mario Hernández Alvarez. Colombia 2006.
10. Estado de la Niñez Indígena en el Perú. INEI.UNICEF. 2010
11. 'Estado de la Niñez en el Perú', desarrollado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). 2010
12. Atención Primaria para Todos. Más necesario que nunca. OMS. 2008
13. Guía de Sectorización. Dirección Regional de Salud de Ayacucho.
14. Documento Técnico para el trabajo comunitario en Salud. MINSA.2007.
15. Diseño y elaboración de un Estudio de Costo – Efectividad de la oferta móvil de los servicios de salud
16. Organización y Planificación Comunal. Escuela de Liderazgo Chopcca. Programa CARE-Chopcca
17. Sistema de Vigilancia Comunitaria. DIRESA APURIMAC II
18. Comunidades Saludables. Guía Práctica de Implementación. Municipios y Comunidades Saludables. USAID
19. Municipios Saludables. Serie Comunicación para la salud, N° 11. Washington DC; OPS, 1997).
20. Vigilancia Epidemiologia Comunal. Alfonso Nino Guerrero. Convenio Hipólito Unanue.

ANEXO N° 03

PROYECTO DE PLAN DE IMPLEMENTACION DE LAS POLITICAS PÚBLICAS INCLUSIVAS DE SALUD PARA POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS.

PLAN DE IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN INCLUSIVO EN SALUD PARA POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS EN EL MARCO DE LA APLICACIÓN DE LAS POLITICAS PÚBLICAS INCLUSIVAS EN SALUD

I.- JUSTIFICACION

Según INEI[45] el Perú cuenta con una población de 27.412,000 habitantes, ubicados en 98,011 centros poblados, distribuidos de manera desigual en el territorio nacional y altamente concentrada en Lima. Sólo 2 centros poblados tienen más de 500,000 habitantes en tanto existen 94,635 centros poblados que tienen menos de 500 habitantes cuya población alcanza a 5,985,000 habitantes que viene a ser el 21% del total de la población peruana.

TAMAÑO DE CENTRO POBLADO	CENTROS POBLADOS		POBLACIÓN EN MILES		POBLACIÓN PROMEDIO POR CENTRO POBLADO
	Número	%	Número	%	
Total	**98,011**	**100**	**27412**	**100.0**	**216,00**
500, 000 habitantes a más	2	0	1478	5.4	739,000
100,000 a 499 000 habitantes	42	0.04	9072	33.1	216,000
50, 000 a 99 999 habitantes	550	0.05	3361	12.3	67,220
20, 000 a 49 999 habitantes	71	0.07	2123	7,7	29,901
2,000 a 19 999 habitantes	570	0.58	3151	11,5	5528
500 a 1,999 habitantes	2671	2.73	2248	8,2	839
100 a 499 habitantes	20,994	21,42	4, 411	16,1	210
50 a 99 habitantes	12,206	12,45	881	3,2	72
Menos de 50 habitantes	61.405	62,65	693	2,5	11

Fuente: INEI, Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

Si nos remitimos a la distribución de los centros poblados con menos de 500 habitantes, el cuadro adjunto muestra lo siguiente:

REGION	CENTROS POBLADOS		POBLACIÓN ESTIMADA	
	Número	%	Número	%
COSTA	8,963	9,47	785,000	13,12
SIERRA	72,134	76,22	3,743,000	62,54
SELVA	13,538	14,31	1,457,000	24,34
TOTAL	94,635	100,00	5,985,000	100,00

Elaborado por el autor
Fuente: INEI 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Un primer comentario de estas cifras es que la mayor parte de los centros poblados con una población menor de 500 habitantes se encuentra en las regiones de la sierra andina y en segundo lugar y muy distante las regiones de la selva y que están ubicados en los departamentos con mayor población afectada por la pobreza. Se trata, además, de poblaciones que muestran una economía poco desarrollada o de subsistencia, vinculada a la producción primaria, razón por la que carecen de articulación con los mercados regionales más cercanos.

[45] Plan Peru 21.Plan Estratégico Nacional. CEPLAN.2010

Un segundo comentario es que no se sabe a ciencia cierta cuáles de estos 94,000 centros poblados son calificados como poblaciones dispersas y además excluidas. Ninguna de las regiones cuenta con un Registro de Centros poblados dispersos y excluidos; consecuentemente el Ministerio de Salud no dispone de esta información.

El gobierno ha identificado a 960 distritos más pobres donde está actuando a través de la Estrategia CRECER diversos programas sociales como JUNTOS, PRONAMA, AGRORURAL, SIS aparentemente con buenos resultados pues la pobreza extrema ha disminuido ostensiblemente, sin embargo en el ámbito territorial de un distrito existen muchas poblaciones con menos de 500 habitantes y no se conoce si estos programas han abordado a la totalidad de la población de estos centros poblados.

Un tercer comentario es que no existe una política expresa ni lineamientos específicos que aborden con un enfoque territorial el problema de la inclusión social de estas poblaciones. Es cierto que en el marco de lo dispuesto por el Acuerdo Nacional, el Gobierno actual aprobó mediante el Decreto Supremo N° 027-2006- PCM que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional y dentro de ellas se encuentra la 6ta Política Nacional que se denomina: EN MATERIA DE INCLUSIÓN que dispone lo siguiente:

6.1 Promover la inclusión económica, social, política y cultural, de los grupos sociales tradicionalmente excluidos y marginados de la sociedad por motivos económicos, raciales, culturales o de ubicación geográfica, principalmente ubicados en el ámbito rural y/o organizados en comunidades campesinas y nativas. Cada Ministerio e institución del Gobierno Nacional destinará obligatoriamente una parte de sus actividades y presupuesto para realizar obras y acciones a favor de los grupos sociales excluidos.
6.2 Desarrollar programas destinados a reducir la mortalidad infantil, prevenir las enfermedades crónicas y mejorar la nutrición de los menores de edad.
6.3 Adoptar medidas de erradicación del trabajo infantil y apoyar la promoción de la paternidad responsable.
6.4 Garantizar el respeto de los derechos de grupos vulnerables, erradicando toda forma de discriminación.
La supervisión del cumplimiento de estas políticas corresponde a la Presidencia del Consejo de Ministros en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

Como se observa el lineamiento es muy declarativo y genérico y no incluye en su cumplimiento a los Gobiernos Regionales y Locales, consecuentemente la evaluación también es generalista tal como se evidencia en la Evaluación que hace la Presidencia del Consejo de Ministros de las Políticas nacionales al Primer trimestre del 2009.

Son por estas consideraciones que se ha formulado un proyecto de Políticas Inclusivas de Salud para poblaciones dispersas y adjuntas que debe ser puesto a consideración de los hacedores de la política regional y local a fin de ser sujeto de amplio debate para luego de ello suscribir un gran Acuerdo o pacto nacional por los más pobres del Perú.

Logrado este gran esfuerzo, se inicia una fase de operación donde se pone en práctica los deseos y aspiraciones identificados en la Política Nacional Inclusiva en acciones, actividades y tareas, identificando fechas probables de ejecución con productos esperados y responsables de su cumplimiento.

II.- OBJETIVO GENERAL

Lograr la atención de salud integral, regular y participativa de las poblaciones excluidas y dispersas que viven en las zonas alto andinas y amazónicas del país, mediante la implementación del modelo inclusivo en salud, a través de la elaboración y ejecución de un Plan de mediano plazo 2011 - 2015.

III.- ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

a) **Validación del documento propuesta de Políticas Inclusivas en Salud para poblaciones dispersas excluidas por un grupo de expertos.** Mediante metodología cualitativa, así en estos focus group con expertos en la materia, se buscará recoger las experiencias integrales o puntuales en materia de desarrollo territorial para este tipo de poblaciones, contrastarlo con el documento propuesto y de ser pertinente, mejorarlo.

b) **Concertación con los actores políticos nacionales y regionales para lograr su respaldo y su decisión política;** considerando la posibilidad de reuniones en el Acuerdo Nacional y/o convocando a los representantes de los partidos políticos que competirán en las elecciones nacionales del año 2011 para lograr consensos en la necesidad de abordar este complejo tema e incorporarlos en sus respectivos planes de gobierno.

Una segunda estrategia pasa por la convocatoria a los Presidentes de 16 Gobiernos Regionales en los que está operando los Equipos de Atención integral de Salud (AISPED) a fin de informarles sobre la propuesta, conseguir su apoyo político para la aprobación del Decreto Supremo que implemente las Políticas Públicas así como el financiamiento que requiere su operación. Debido a las múltiples definiciones, diseños y operaciones, es conveniente adoptar una convención particular que sea apropiada por todos los actores. De este modo, no sólo habrá uniformidad en el lenguaje, sino que habrá una sinergia espontánea en su implementación.

c) **Progresividad**, Un aspecto limitante en el corto plazo para la implementación de la Política Nacional inclusiva es la poca disponibilidad de recursos humanos, infraestructura y equipamiento para garantizar la prestación de los servicios de salud en la totalidad de las poblaciones dispersas y excluidas. Asimismo el SIS no cuenta con los recursos financieros requeridos para financiar la atención de toda esta población. En este contexto, se plantea implementar progresivamente la política nacional y el modelo de atención iniciando su aplicación en aquellas regiones cuyas coberturas de inmunizaciones son bajas en relación a otras y los índices de mortalidad materno infantil son elevadas; en segundo orden, una vez identificadas las regiones que tienen los índices antes mencionados, el pilotaje se inicia con aquellas micro redes de salud cuyo ámbito de atención se encuentra en poblaciones ubicadas por encima de los 3,500 metros sobre el nivel del mar y en las regiones de la selva aquellas ubicadas en los lugares más alejados de la capital de provincia; las lecciones aprendidas servirán para cubrir a todas las poblaciones dispersas y excluidas de la región en los siguientes 4 años. En todos los casos, la implementación será asistida por el Ministerio de Salud

IV.- FACTORES DE ÉXITO PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN

Entre los factores relevantes condicionantes para el éxito en el proceso de implementación del modelo de atención inclusivo en salud y la política correspondiente se consideran los siguientes:

Aspectos socio-culturales.- Los miembros del equipo de conducción nacional de la política tienen como responsabilidad primaria la necesidad de respetar la cultura de cada una de las instituciones que operan como contraparte, en especial las regionales y locales; para tal efecto requiere plantearse algunos objetivos o acciones para que las contrapartes se sientan posicionadas como “centro” sobre el que girarán las intervenciones programadas.

Capacidad Institucional y capacidad individual.-. Antes de implementar las acciones programadas para la implementación de la política y del modelo de atención es necesario realizar una evaluación rápida de las capacidades institucionales y de las personas que conforman la contraparte regional y local. Esto debe darnos una idea del nivel al que hay que ajustar la intervención, cómo actuar y como abordar las tareas conjuntas MINSA-contrapartes. Además puede dar luces sobre acciones de asesoramiento técnico y capacitación que se pueda hacer para mejorar las capacidades.

La búsqueda de cambios positivos y duraderos exige una buena comprensión de las interrelaciones y dinámicas sociales e institucionales intervinientes, un análisis de relaciones o de actores o un análisis de capacidades y vulnerabilidades. Las intervenciones sostenibles parten de un análisis o balance entre lo deseable y lo posible en la práctica, habida cuenta del contexto político y de los recursos disponibles

Capacidad de sostenimiento (sostenibilidad – continuidad) (RRHH y financieros).- La capacidad de sostenibilidad se refiere a la disponibilidad de recursos comprometidos por los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales para la fase de operación y tratándose de la sostenibilidad interesa saber si contará con el nivel necesario de recursos para mantener los beneficios a favor de la población marginada.

La idea es los compromisos de las partes deben estar establecidos claramente y forman parte de un contrato o acuerdo entre el MINSA y las instancias subnacionales.

Nivel de participación (enfoque participativo).- El diseño de intervenciones del MINSA debe realizarse con un enfoque participativo debiendo involucrar a los grupos de trabajo en la tarea, porque se gana mucho en apropiación y sostenibilidad que son enormes logros para el éxito del trabajo. En las relaciones con los Gobiernos Regionales y Locales es conveniente involucrar al mayor número posible de funcionarios asegurando en lo posible una mezcla de diferentes jerarquías, personal que tiene mayores posibilidades de estabilidad en el cargo con las menos estables.

En todo proceso participativo se debe tener muy claro que se está construyendo el camino para un proceso de transferencia y la continuidad de los beneficios.

Nivel de involucramiento.- Conviene que durante el transcurso de la implementación pero especialmente durante la primera parte de las aplicaciones iniciales se mida el nivel de involucramiento de los funcionarios de los ámbitos subnacionales. Medir el nivel de involucramiento de los actores interesados puede ser un indicador de si se está o no realizando suficientes acciones de información, participación o de abogacía por parte del Ministerio de Salud.

La sostenibilidad difícilmente será viable si no se involucra a los grupos de trabajo regional y local en la implementación, seguimiento y evaluación de la aplicación de las políticas y del modelo de atención en salud.

Cumplimiento de compromisos contractuales.- El grupo de trabajo del MINSA debe cautelar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, así como ya se ha señalado realizar un seguimiento y estar siempre informado del cumplimiento de compromisos por parte de las instituciones contraparte y actores interesados con los que se relacione.

Procesos de transferencia. El grupo de trabajo del MINSA debe organizar debidamente las actividades que tienen como fin de provocar un "efecto demostración" para ser adoptado como "experiencia-tipo", para su extensión a otras regiones. Así mismo, abrir espacios y dotar recursos que permitan profundizar en la reflexión sobre los aprendizajes obtenidos. En la medida que buena parte de las intervenciones son de naturaleza local se generará una rica experiencia que puede servir con fines de extender las buenas prácticas al resto del país. Esta información será organizada y sistematizada en forma participativa con los grupos regionales de modo que sirva para dos fines; la primera para la preparación y realización del traspaso de productos y funciones a manos de las instancias subnacionales para su completa gestión autónoma de manera que se asegure la continuidad de las acciones y procesos emprendidos una vez finalizado el periodo previsto de pilotaje y la segunda, para que los grupos de trabajo regionales sean, a su vez, los responsables de la capacitación y asistencia técnica para la aplicación de la política nacional y el modelo a otras regiones del país.

Capacidad de articulación entre actores.- La alta dirección del MINSA debe promover la creación de espacios de concertación y diálogo integrados por diversos actores con la finalidad de someter sus planteamientos y productos a opinión y consulta. Es conveniente impulsar procesos de articulación que pueden favorecer el cumplimiento de los objetivos del MINSA, en especial con el sector público (Educación, presupuesto participativo, programa JUNTOS, PRONAA, FONCODES, AGRO RURAL,

Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza, Foro Salud y las mesas de coordinación de la cooperación internacional, organizaciones de la sociedad civil y empresas privadas (mineras) con preocupaciones afines al proceso de inclusión de poblaciones dispersas y en extrema pobreza.

Aspectos económico-financiero.- El grupo de trabajo del MINSA conjuntamente con los grupos de trabajo regionales deben poner énfasis en el análisis económico y financiero de la implementación del modelo y la política; determinar los costos, establecer el correcto aprovechamiento de los recursos y la pertinencia de la acción desde el punto de vista de su impacto sobre la situación que se busca cambiar.

V.- COMPONENTES DEL PLAN DE IMPLEMENTACION

El Plan de implementación está diseñado y organizado en tres (3) componentes. Estos son: Diseño y Arreglos Institucionales, Asistencia Técnica y Capacitación, y, Acreditación y Auditoria

EL COMPONENTE DISEÑO Y ARREGLOS INSTITUCIONALES.-

Está destinado al diseño de los medios normativos, organizativos y procedimentales para el anidamiento de la política y para el fortalecimiento de la conducción del proceso de implantación del Modelo de Atención Inclusivo de Salud para poblaciones excluidas y dispersas, en todos los niveles del Gobierno.

Comprende las siguientes líneas de acción:

- Fortalecimiento de la conducción nacional y regional;
- Desarrollo normativo y organizacional de la política y el modelo inclusivo en salud dispersas y excluidas y organización de la producción de servicios de salud;
- Al agenciamiento de las inversiones para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud fijas institucional y comunitaria;
- Arreglos financieros para fortalecimiento de la oferta de servicios de salud; y,
- Fortalecimiento y activación de las organizaciones sociales de la comunidad

5.1. Línea de Acción de Fortalecimiento de la Conducción Nacional y Regional

La línea de acción de fortalecimiento de la Conducción Nacional y Regional requiere desplegar un conjunto de acciones de coordinación y acuerdos interinstitucionales e intersectoriales que permitan dar viabilidad a la implementación de las políticas inclusivas, como los gobiernos regionales, municipios distritales y provinciales, las organizaciones de la sociedad civil, el Ministerio de Educación, Agricultura, Trabajo, las empresas, etc. para una ampliación efectiva de los procesos de inclusión social .

Comprende las siguientes actividades**:**

a. Involucramiento de todos los niveles de gobierno, la sociedad civil, la universidad; la empresa privada y comunidad organizada en el proceso de inclusión en salud;

b. El desarrollo y el alivio a la pobreza de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas;

c. El planeamiento estratégico y operativo de los grupos de trabajo conformados en el Ministerio de Salud, en los Gobiernos regionales y Locales;

d. La suscripción de convenios de gestión entre el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales para la implementación del modelo de atención y de la política inclusiva en salud

5**.1.1. Actividad: Involucramiento de todos los niveles de gobierno, la sociedad civil, la universidad; la empresa privada y comunidad organizada en el proceso de inclusión en salud,**

El desarrollo y el alivio a la pobreza de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas se espera que al término del primer año de operación (2011) el Ministerio de Salud y todos los niveles de gobierno cuenten con mesas de trabajo con la participación de las organizaciones de la sociedad civil, a las universidades; a las iglesias, a las empresas privadas y las organizaciones sociales de base orientadas al logro, en el más breve plazo, de la inclusión en salud, el desarrollo y el alivio a la pobreza de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas.

Para lograrlo la Alta Dirección del Ministerio de Salud MINSA:

a. Convocará a los gobiernos regionales, las universidades, a la cooperación técnica nacional e internacional, a instituciones privadas y a organizaciones de la sociedad civil y las invita a participar en el proceso de inclusión en salud de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas excluidas y dispersas.

b. Suscribirá acuerdos de cooperación técnica y gestión con instituciones públicas y privadas con la finalidad de asegurar mediante sus pliegos presupuestales para que consignen los recursos presupuestales destinados a la ejecución de proyectos de inversión en ampliación y recuperación de infraestructura y equipamiento; al incremento del personal de la oferta fija y móvil y el otorgamiento de incentivos; capacitación; adquisición de medicamentos e insumos, biológicos; monitoreo y supervisión; y, especialmente, para la implementación de los centros comunitarios de servicios de salud.

5.1.2 Actividad planeamiento estratégico y operativo de los grupos de trabajo conformados en el Ministerio de Salud, en los Gobiernos regionales y Locales.

Se espera que al término del primer año de operación (2011) el Ministerio de salud disponga de un Plan Estratégico y un Plan Operativo para la implantación nacional del Modelo de Atención Inclusivo de Salud para las poblaciones Alto Andinas y Amazónicas Excluidas y Dispersas y se espera que al término del primer año (2011) de operación cuatro (4) de los dieciséis (16) gobiernos regionales seleccionados (25%) aprueben su Plan estratégico regional y el Plan Operativo Regional anual para la implantación regional del Modelo de Atención Inclusivo de Salud para las poblaciones Alto Andinas y Amazónicas Excluidas y Dispersas; al término del segundo año, cuatro (4) nuevos gobiernos regionales. incorporando las lecciones aprehendidas durante el primer año (25%), aprueben su Plan estratégico regional y su Plan Operativo regional; al término del tercer año de operación, los ocho (8) gobiernos regionales seleccionados. incorporando las lecciones aprehendidas durante los dos primeros años de operación (50%), aprueben su Plan estratégico regional y su Plan Operativo regional.

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los Gobiernos regionales involucrados deberán:

a. Recopilar información útil para la elaboración del estado de situación de salud de las poblaciones las poblaciones Alto Andinas y Amazónicas Excluidas y Dispersas

b. Adecuar la política nacional y formar la política regional para la inclusión en salud de sus poblaciones excluidas y dispersas.

c. Formular el Plan Estratégico Regional para la inclusión en salud de sus poblaciones excluidas y dispersas.
d. Formular el Plan Operativo Regional para la inclusión en salud de sus poblaciones excluidas y dispersas.

5.1.3 Actividad suscripción de convenios de gestión con regiones para la implementación de la política inclusiva en salud.

Se espera que al término del primer año de operación (2011) el Ministerio de salud y 4 Gobiernos Regionales seleccionados suscriban los convenios de gestión para la implementación de la política y modelo de atención inclusivo en salud para poblaciones dispersas y excluidas; al término del segundo año de operación (2012) el Ministerio de salud y 8 Gobiernos Regionales seleccionados suscriban los convenios de gestión para la implementación de la política y modelo de atención inclusivo en salud para poblaciones dispersas y excluidas; al término del tercer año de operación (2013) el Ministerio de salud y los 16 Gobiernos Regionales seleccionados suscriban los convenios de gestión para la implementación de la política y modelo de atención inclusivo en salud para poblaciones dispersas y excluidas.

Así mismo se espera que al término del segundo año de operación (2012) el Ministerio de salud y los gobiernos locales involucrados, de 8 regiones seleccionadas suscriben el convenio de gestión para la implementación de la política y modelo de atención inclusivo de salud para poblaciones excluidas y dispersas; término del tercer año de operación (2**013)**. El Ministerio de salud y los gobiernos locales involucrados, de lasa 16 regiones seleccionadas suscriben el convenio de gestión para la implementación de la política y modelo de atención inclusivo de salud para poblaciones excluidas y dispersas.

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales, deberán:

a. Definir los compromisos de las partes.
b. Definir los mecanismos de financiamiento de las intervenciones en salud individual y colectiva.
c. Definir los indicadores para la evaluación del cumplimiento.
d. Suscribir los Convenios de gestión

5.2.- Línea de Acción: Desarrollo Normativo y organizacional de la política y el modelo inclusivo en salud para poblaciones dispersas y excluidas y organización de la producción de servicios de salud

Comprende el desarrollo y la formulación de normas, procedimientos, guías, material de capacitación, etc. que posibiliten la adecuada producción de servicios de salud así como el fortalecimiento de las organizaciones comunales.

Comprende las siguientes actividades:

a. **C**onstrucción de las líneas de base nacional, regionales y locales;
b. Redefinición de la organización y funciones de las micro redes de servicios de salud;
c. Fortalecimiento de centros de salud cabecera de micro red para atención primaria de calidad; Adecuación cultural de guías de práctica clínica/protocolos de atención en salud;
d. Elaboración del Manual de Operaciones del Equipo Itinerante en Salud;
e. Elaboración del Plan de Gerencia para asegurar provisión de medicamentos, materiales e insumos y de la cadena de frio en la micro red.

5.2.1. Actividad: Construcción de las líneas de base nacional, regionales y locales.

Se espera que al término del primer año de operaciones (2011) que el Ministerio de Salud disponga de la primera versión del listado de poblaciones excluidas y dispersas y los 4 gobiernos regionales seleccionados disponen del registro de poblaciones excluidas y dispersas y del listado de las poblaciones priorizadas, aprobado. Así mismo se espera que al término del segundo año de operaciones (**2012)** el Ministerio de Salud disponga del Registro Nacional de Poblaciones Dispersas y Excluidas. y **los** 16 gobiernos regionales disponen del registro de poblaciones priorizadas aprobadas.

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales, deberán:
a. Definir los criterios para la calificación de centros poblados como dispersos y excluidos.
b. Definir la información que debe comprender el registro de centros poblados.
c. Aprobar los registros Nacional, Regional y Locales

5.2.2. Actividad: Redefinición de la organización y funciones de las micro redes de servicios de salud.

Se espera que al término del primer año de operaciones (2011) el Ministerio de Salud aprueba la norma técnica que redefine la organización y funciones de las micro redes de servicios de salud involucradas en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas y los cuatro (4) gobiernos regionales han redefinido la organización y funciones de las micro redes. Al término del segundo año de operaciones la totalidad de las micro redes de los gobiernos regionales, involucradas en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deberán:
a. Evaluar la actual capacidad instalada de la micro red
b. Redefinir el ámbito de responsabilidad territorial de la micro red
c. Redefinir la gestión de los servicios de salud de la micro red
d. Definir la guía metodológica para la elaboración del Programa de Salud Local
e. Identificar de necesidades de recursos humanos para las modalidades de oferta fija y móvil, a partir de la aprobación de los programas de salud Local.
f. Redefinir la modalidad de empleo y dependencia de los RRHH de las microredes
g. Definición de la cartera de servicios de salud individual y colectiva.
h. Incorporar las prestaciones de la red de servicios comunitarios en el PEAS.
i. Definir del modelo de prestación, con sistema de referencia contra referencia desde el nivel comunal.
j. Definir el modelo de financiamiento de la micro red.
k. Negociar con las Direcciones regionales de Salud / Empresas privadas para contratación de los recursos humanos por cualquier fuente de financiamiento.

5.2.3 Fortalecimiento de centros de salud cabecera de micro red para atención primaria

Se espera que al término del primer año de operaciones (2011) la totalidad de los establecimientos de salud cabecera de micro red involucrada en la implantación del modelo de atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas de las cuatro gobiernos regionales seleccionados cuentan con los recursos humanos, la organización adecuada; y, con la infraestructura y el equipamiento básico para la atención de salud materno infantil y nutricional.

Al término del segundo año de operación (2012) la totalidad de los establecimientos de salud cabecera de micro red involucrada en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas de los nuevos cuatro gobiernos regionales seleccionados cuentan con los recursos humanos, la organización adecuada; y, con la infraestructura y el equipamiento básico para la atención de salud materno infantil y nutricional.

Al quinto año de las operaciones (2015) la totalidad de los establecimientos de salud cabecera de micro red involucrada en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas de los 16 gobiernos regionales seleccionados cuentan con los recursos humanos, la organización adecuada; y, con la infraestructura y el equipamiento básico para la atención de salud materno infantil y nutricional.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Evaluar la capacidad resolutiva instalada en relación a los recursos humanos y del equipamiento, insumos y mobiliario del establecimiento de salud cabecera de micro red.
b. Identificar las necesidades de inversión en el marco de un proyecto integral de fortalecimiento de la cabecera de la micro red
c. Formular los perfiles de los proyectos de inversión a cargo de la micro red
d. Asignar los recursos humanos, el equipamiento, materiales e insumos, mobiliario e infraestructura requeridos para la implantación del modelo de atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas
e. Categorizar y acreditar los establecimientos de salud de la micro red

5.2.4 Adecuación cultural de protocolos y procedimientos clínicos

Mediante la actividad adecuación cultural de guías de práctica clínica/protocolos de atención en salud se espera que al término del primer año de operaciones (2011) la totalidad de los establecimientos de salud, institucionales y comunitarios, bajo responsabilidad de las micro redes de los 4 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas producen y entregan servicios de cuidados de salud normados con guías de práctica clínica culturalmente adecuados según usos y costumbres locales.

Al segundo año de operaciones (2012) la totalidad de los establecimientos de salud, institucionales y comunitarios, bajo responsabilidad de las micro redes de los 8 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas producen y entregan servicios de cuidados de salud normados con guías de práctica clínica culturalmente adecuados según usos y costumbres locales; al quinto año de operaciones (2015) la totalidad de los establecimientos de salud, institucionales y comunitarios, bajo responsabilidad de las micro redes de los 4 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas producen y entregan servicios de cuidados de salud normados con guías de práctica clínica culturalmente adecuados según usos y costumbres locales.

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Revisar las guías de práctica clínica vigentes.
b. Formular la propuesta de guías de práctica clínica y protocolos adecuados culturalmente.
c. Validar las nuevas guías y protocolos de atención.
d. Aprobar las guías de práctica clínica y protocolos.

5.2.5 Actividad: Elaboración y aplicación del Manual de Operaciones del Equipo Itinerante en Salud.

Se espera al término del primer año de operaciones (2011) la totalidad de los Equipos Itinerantes de salud, bajo responsabilidad de las micro redes de los 4 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas producen y entregan servicios de cuidados de salud normados con guías de práctica en el Manual Operativo EIS; A
Al segundo año de operaciones (2012) la totalidad de los Equipos Itinerantes de salud, bajo responsabilidad de las microrredes de los 8 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas producen y entregan servicios de cuidados de salud normados con guías de práctica en el Manual Operativo EIS; la totalidad de los Equipos Itinerantes de salud, bajo responsabilidad de las micro redes de los 18 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas producen y entregan servicios de cuidados de salud normados con guías de práctica en el Manual Operativo EIS.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Análisis de la Política y el modelo inclusivo de atención en salud para poblaciones dispersas y excluidas.
b. Revisión de manuales y guías vigentes en el trabajo comunitario en salud que deben formar parte del manual operativo.
c. Elaboración de Modelo Nacional de Manual de Operaciones del EIS
d. Coordinación con regiones para la elaboración del manual operativo del EIS
e. Adecuación del Manual Operativo de acuerdo a las condicionantes culturales de cada región.

5.2.6.- Actividad: Elaboración del Plan de Gerencia para asegurar provisión de medicamentos, materiales e insumos y de la cadena de frio en la micro red.

Se espera al término del primer año de operaciones **(**2011) la totalidad de las micro redes de los 4 gobiernos regionales involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas cuentan con y aplican el plan de gerencia que garantiza la provisión de medicamentos, vacunas y biológicos y la cadena de frío;

Al término del segundo año de operaciones (2012) la totalidad de las micro redes de los 8 gobiernos regionales involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas cuentan con y aplican el plan de gerencia que garantiza la provisión de medicamentos, vacunas y biológicos y la cadena de frío;

Al término del quinto año de operaciones (2015) la totalidad de las micro redes de los 16 gobiernos regionales involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas cuentan con y aplican el plan de gerencia que garantiza la provisión de medicamentos, vacunas y biológicos y la cadena de frío.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

- **a.** Revisión del procedimiento vigente de logística y distribución de medicamentos, materiales e insumos y propuestas de mejora
- **b.** Evaluación de la cadena de frio de cada micro región.
- **c.** Identificación de la necesidad de inversión para la implementación de la cadena de frio.
- **d.** Implementación de requerimientos de cadena de frio y plan de gerencia de provisión de medicamentos, materiales e insumos y de la cadena de frio de la micro red**.**

5.3. Línea de Acción: Agenciamiento de las inversiones para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud fijas institucional y comunitaria.

Mediante la ejecución de las actividades comprendidas dentro de esta línea de acción se pretende buscar fuentes de financiamiento tanto en las entidades públicas del nivel nacional, regional y local como en las empresas privadas y organizaciones no gubernamentales para financiar las actividades, programas y proyectos a favor de las poblaciones dispersas y excluidas.

Comprende las siguientes actividades:

a. **F**ortalecimiento de la capacidad del Gobierno Regional de formular y gestionar proyectos de inversión a favor de las poblaciones alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas;
b. Fortalecimiento de la capacidad del Gobierno Local de formular y gestionar proyectos de inversión a favor de las poblaciones alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas; y,
c. Desarrollo de la capacidad de gestión de convenios con empresas privadas o instituciones no gubernamentales para financiamiento de personal y equipamiento.

5.3.1 Actividad: Fortalecimiento de la capacidad del Gobierno Regional de formular y gestionar proyectos de inversión a favor de las poblaciones alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

Se espera al término del segundo año de operaciones (2012) el total del presupuesto asignado para inversión para la atención de las prioridades de las micro redes de los 4 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación del modelo de atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas se encuentra se encuentra ejecutado;

Al término del tercer año de operaciones (2013) el total del presupuesto asignado para inversión para la atención de las prioridades de las micro redes de los 8 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas se encuentra se encuentra ejecutado;

Al término del quinto año de operaciones (2015) el total del presupuesto asignado para inversión para la atención de las prioridades de las micro redes de los 16 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas se encuentra se encuentra ejecutado.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Elaborar el diagnóstico de infraestructura física de todos los establecimientos de salud del distrito para el fortalecimiento y/o implementación de servicios maternos, atención del parto institucional, casas de espera.
b. Desarrollar capacidades para formular y evaluar Proyectos de Inversión Pública (PIP).

c. Formular y desarrollar una cartera de proyectos integrales de inversión (Banco de Proyectos) Presentar y aprobar PIPs en presupuesto participativo regional y locales.

5.3.2 Actividad: fortalecimiento de la capacidad de los Gobiernos Locales en la gestión de proyectos de inversión a a favor de la inclusión en salud de las poblaciones alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

Se espera que al término del segundo año de operaciones (2012) los gobiernos **l**ocales correspondientes a las micro redes de los 4 gobiernos regionales involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas ejecutan proyectos de inversión para la construcción e implementación de los centros comunitarios de servicios de salud.

Al término del tercer año de operaciones (2013) los gobiernos **l**ocales correspondientes a las micro redes de los 8 gobiernos regionales involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas ejecutan proyectos de inversión para la construcción e implementación de los centros comunitarios de servicios de salud;

Al término del quinto año de operaciones (2015) los gobiernos **l**ocales correspondientes a las micro redes de los 4 gobiernos regionales involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas ejecutan proyectos de inversión para la construcción e implementación de los centros comunitarios de servicios de salud.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Elaborar croquis y/o mapas para la ubicación de centros comunitarios de servicios de salud en centros poblados dispersos y excluidos del distrito.
b. Determinar las características estructurales y funcionales requeridas por un establecimiento comunitario de servicios de salud.
c. Determinar las características del equipamiento y el mobiliario requeridos por un establecimiento comunitario de servicios de salud.
d. Desarrollar capacidades en las organizaciones comunales para la formulación, fiscalización de la ejecución y evaluación de Proyectos de Inversión Pública (PIP).
e. Presentar y aprobar PIPs en los procesos de formulación de los presupuestos participativos, regional y local.

5.3.3. Actividad: Gestión de convenios con empresas privadas o instituciones no gubernamentales para financiamiento de personal y equipamiento.

Se espera que al término del quinto año de operaciones **2015** las empresas privadas e instituciones no gubernamentales financien personal y equipamiento para la producción y entrega de servicios de cuidados de salud, correspondientes a las micro redes de los 16 gobiernos regionales involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas, como resultado de convenios suscritos con gobiernos regionales y locales

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Identificar empresas privadas, universidades y organizaciones no gubernamentales interesadas en suscribir convenios de gestión público-privada.
b. Elaborar y ofertar proyectos de apoyo para la inclusión de poblaciones alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

c. Suscribir convenios a largo plazo
d. Los gobiernos regionales deberán incluir gradualmente en sus presupuestos el costo de los salarios de los miembros de los equipos itinerantes en salud.

5.4.- Línea de Acción: Arreglos financieros para fortalecimiento de la oferta de servicios de salud.

Esta línea de acción está orientada a lograr modalidades de financiamiento de las prestaciones de salud mediante la autonomización de las micro redes que se propone sea la unidad básica productora de servicios de salud.

Comprende las siguientes actividades:

a. **D**esarrollo de la capacidad de las micro redes para financiar el contrato de personal y adquisición de medicamentos e insumos y materiales, para la prestación de servicios de salud, por toda fuente;
b. Desarrollo de la capacidad de las micro redes para administrar el financiamiento de las actividades institucionales y comunitarias a favor de las poblaciones altoandinas y amazónicas con recursos públicos ofertados mediante Presupuesto por Resultados; y,
c. Desarrollo de la capacidad de las micro redes para captar directamente y administrar apropiadamente los recursos económicos provenientes del reembolso por servicios prestados a las aseguradoras públicas (AUS).

5.4.1 Actividad: Desarrollo de la capacidad de las micro redes para financiar el contrato de personal y adquisición de medicamentos e insumos y materiales, para la prestación de servicios de salud, por toda fuente.

Se espera que al término del segundo año de operaciones (2012) las micro redes de los 4 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas administran con autonomía relativa los recursos financieros presupuestados por toda fuente.

Al término del tercer año de operaciones (2013) las micro redes de los 8 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas administran con autonomía relativa los recursos financieros presupuestados por toda fuente.

Al término del cuarto año de operaciones (2014) las micro redes de los 16 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas administran con autonomía relativa los recursos financieros presupuestados por toda fuente.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Desarrollar las capacidades del soporte administrativo de las micro redes, mediante asistencia técnica y capacitación, para que, como unidad de costo, elaboren el presupuesto de gastos corrientes y de inversión y participen en la consolidación del presupuesto de las redes de servicios de salud y de la DIRESA.
b. Fortalecer la capacidad de la micro red para la ejecución del presupuesto; contratación de personal para la conformación de equipos itinerantes en salud, adquisición de medicamentos, materiales e insumos para abastecer los servicios de los establecimientos de las redes institucionales y comunitarias de salud
c. Fortalecer la capacidad de la micro red para la rendición de cuentas a la red de servicios y a la aseguradora pública (AUS)

5.4.2.- Actividad: Desarrollo de la capacidad de las micro redes para administrar el financiamiento de las actividades institucionales y comunitarias a favor de las poblaciones alto andinas y amazónicas con recursos ofertados mediante Presupuesto por Resultados.

Se espera que al término del primer año de operaciones (2011) las micro redes de los 16 gobiernos regionales seleccionados involucrados en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas ejecuten el 100% de los recursos presupuestados mediante el PPR; al término del primer año de operaciones (2011) los 4 gobiernos regionales seleccionados y los gobiernos locales de su jurisdicción financian recursos humanos, bienes y servicios de las micro redes involucradas en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas; al término del segundo año de operaciones (2012) los 8 gobiernos regionales seleccionados y los gobiernos locales de su jurisdicción financian recursos humanos, bienes y servicios de las micro redes involucradas en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas; al término del tercer año de operaciones (2013) los 16 gobiernos regionales seleccionados y los gobiernos locales de su jurisdicción financian recursos humanos, bienes y servicios de las micro redes involucradas en la implantación de la atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas;

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Disponer de información del perfil epidemiológico de las poblaciones excluidas ubicadas en su ámbito.
b. Definir el requerimiento en recursos humanos, bienes, servicios, medicamentos e insumos, incluidos los costos propios de la implantación.
c. Capacitar al personal de la micro red en el registro de metas y recursos (bienes y servicios) en el módulo SIGA PpR.

5.4.3. Actividad desarrollo de la capacidad de las micro redes para captar directamente y administrar apropiadamente los recursos económicos provenientes del reembolso por servicios prestados a las aseguradoras públicas (AUS).

Se espera que al término del primer año de operaciones la totalidad de las micro redes de los 16 gobiernos regionales involucrados en la implantación del modelo de atención inclusiva de salud para poblaciones excluidas y dispersas obtengan los reembolsos directamente por las actividades brindadas a la aseguradora pública (AUS)

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Describir el perfil epidemiológico de las poblaciones excluidas ubicadas en su ámbito.
b. Definir los requerimientos en recursos humanos, bienes, servicios
c. Negociar con la aseguradora pública los mecanismos de transferencia de los recursos por los servicios brindados.
d. Suscribir convenios con la aseguradora pública para la recepción directa y la rendición de cuentas por los recursos transferidos por la prestación de servicios al régimen subsidiado.

5.5. Línea de Acción.- Fortalecimiento y activación de las organizaciones sociales de la comunidad.

El cumplimiento de las actividades que comprende esta línea está orientado a lograr la generación de capacidades de los líderes comunales para fortalecer las organizaciones de las poblaciones dispersas y excluidas a fin de posibilitar la activación de los activos individuales, familiares y comunales y lograr la inclusión social y productiva de sus pobladores

Comprende las siguientes actividades**:**

a. Fortalecimiento y activación de las organizaciones sociales de la comunidad, planeamiento del desarrollo comunal;
b. Implementación de centros comunitarios de servicios de salud, fortalecimiento y activación de los agentes comunitarios en salud;
c. Implementación de comités de vigilancia comunal.

5.5.1 Actividad: Fortalecimiento y activación de las organizaciones sociales de la comunidad.

Se espera que al término del primer año de operaciones (2011) las **o**rganizaciones comunales, territoriales y funcionales, de las poblaciones rurales altoandinas y amazónicas, excluidas y dispersas correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 4 gobiernos regionales seleccionados se encuentran fortalecidas;

Al término del segundo año de operaciones **(**2012) las **o**rganizaciones comunales, territoriales y funcionales, de las poblaciones rurales altoandinas y amazónicas, excluidas y dispersas correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 8 gobiernos regionales seleccionados se encuentran fortalecidas.

Al término del tercer año de operaciones (2013) las **o**rganizaciones comunales, territoriales y funcionales, de las poblaciones rurales altoandinas y amazónicas, excluidas y dispersas correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 16 gobiernos regionales seleccionados se encuentran fortalecidas.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:
a. Identificar y registrar organizaciones comunitarias, territoriales y funcionales de sus ámbitos.
b. Promover la capacidad de gestión de las organizaciones comunitarias, territoriales y funcionales de sus ámbitos.
c. Promover la participación de las mujeres en la gestión comunitaria y en la gestión sanitaria institucional
d. Fortalecer la participación de las mujeres en el auto cuidado personal de salud y en el familiar, comunitario y ambiental.
e. Involucrar a los líderes comunitarios en la gestión sanitaria institucional
f. Promover el involucramiento de los líderes comunales en actividades destinadas al logro de ambientes, estilos de vida y comportamientos saludables, el alivio de la pobreza y la inclusión en salud.

5.5.2.- Actividad: Planeamiento del desarrollo comunal en salud.

Se espera que al término del primer año de operaciones **(**2011) las organizaciones comunales, territoriales y funcionales, de las poblaciones rurales altoandinas y amazónicas, excluidas y dispersas correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 4 gobiernos regionales seleccionados implementan las acciones planificadas participativamente a favor de la inclusión social en salud con el apoyo de los gobiernos regionales, locales y organizaciones de la sociedad civil.

Al término del segundo año de operaciones (2012) las organizaciones comunales, territoriales y funcionales, de las poblaciones rurales altoandinas y amazónicas, excluidas y dispersas correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 8 gobiernos regionales seleccionados implementan las acciones planificadas participativamente a favor de la inclusión social en salud con el apoyo de los gobiernos regionales, locales y organizaciones de la sociedad civil;

Al término del tercer año de operaciones (2013) las organizaciones comunales, territoriales y funcionales, de las poblaciones rurales altoandinas y amazónicas, excluidas y dispersas correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 16 gobiernos regionales seleccionados implementan las acciones planificadas participativamente a favor de la inclusión social en salud con el apoyo de los gobiernos regionales, locales y organizaciones de la sociedad civil;

Al término del quinto año de operaciones (2015) las organizaciones comunales, territoriales y funcionales, de las poblaciones rurales altoandinas y amazónicas, excluidas y dispersas correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 16 gobiernos regionales seleccionados empoderadas ejecutan acciones planificadas orientadas a su desarrollo de sus comunidades.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobierno regionales y locales deben:

a. Facilitar las condiciones para que los Equipos Itinerantes de Salud presten apoyo a las organizaciones comunales en el proceso de planificación del desarrollo comunal.
b. Facilitar las condiciones para que las organizaciones comunales elaboran planes de desarrollo participativo.
c. Facilitar las condiciones para que los organizaciones comunales elaboran proyectos de desarrollo y los presentan para su aprobación a los gobiernos regionales, locales, empresas privadas y ONGs.

5.5.3.- Actividad implementación de centros comunitarios de servicios de salud.

Se espera que al término del segundo año de operaciones (2012) los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 4 gobiernos regionales seleccionados se encuentran implementados y operando;
Al término del tercer año de operaciones (2013) los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 8 gobiernos regionales seleccionados se encuentran implementados y operando;

Al término del cuarto año de operaciones (2014) los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 16 gobiernos regionales seleccionados se encuentran implementados y operando;

Al término del quinto año de operaciones (2015) los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 16 gobiernos regionales seleccionados se encuentran operando, plenamente articulados a las redes de establecimientos de servicios de cuidados de atención primaria de salud, comunitarios e institucionales, los equipos itinerantes de salud y al sistema de referencia y contra referencia sanitario.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobierno regionales y locales deben:

a. Celebrar convenios con las organizaciones de las poblaciones rurales altoandinas y amazónicas, excluidas y dispersas, para la implementación y soporte a la gestión administrativa y sanitaria de los establecimientos de la red de servicios comunitarios de cuidados de atención primaria de salud de centros comunitarios de servicios de salud.
b. Establecer los requerimientos, mínimo suficientes, de equipamiento básico y mobiliario para la operación de los establecimientos de la red de servicios comunitarios de cuidados de atención primaria de salud
c. Distribuir el mínimo suficiente de de equipamiento básico y mobiliario para la operación de los establecimientos de la red de servicios comunitarios de cuidados de atención primaria de salud

5.5.4.- Actividad: Fortalecimiento y acreditación de los agentes comunitarios en salud.

Se espera que al término del primer año de operaciones (2011) los agentes comunitarios de salud y expertos comunitarios de los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 4 gobiernos regionales seleccionados se encuentran capacitados y certificados

Al término del segundo año de operaciones (2012) los agentes comunitarios de salud y expertos comunitarios de los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 8 gobiernos regionales seleccionados se encuentran capacitados y certificados;

Al término del tercer año de operaciones (2013) los agentes comunitarios de salud y expertos comunitarios de los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 16 gobiernos regionales seleccionados se encuentran capacitados y certificados;

Al término del cuarto año de operaciones (2014) los agentes comunitarios de salud y expertos comunitarios de los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 16 gobiernos regionales seleccionados capacitados, recertificados y seleccionados iniciarán su incorporación progresiva como personal contratado y nombrado, según el caso, de los sistemas locales de servicios de cuidados de atención primaria de salud.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Identificar, registrar, capacitar y certificar a Expertos Comunitarios de Salud del ámbito de las redes comunitarias de cuidados de atención primaria de salud.
b. Seleccionar, registrar, capacitar y certificar Agentes Comunitarios de Salud en el ámbito de las redes comunitarias de cuidados de atención primaria de salud.
c. Capacitar, recertificar y seleccionar Expertos Comunitarios y Agentes Comunitarios de Salud del ámbito de las redes comunitarias de cuidados de atención primaria de salud.

5.5.5. Actividad: Implementación de comités de vigilancia comunal.

Se espera que al término del primer año de operaciones (2011) los agentes comunitarios de salud y expertos comunitarios de los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 4 gobiernos regionales seleccionados se organicen y constituyan en el comité del sistema de vigilancia comunal;

Al término del segundo año de operaciones (2012) los agentes comunitarios de salud y expertos comunitarios de los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 8 gobiernos regionales seleccionados se organicen y constituyan en el comité del sistema de vigilancia comunal.

Al término del tercer año de operaciones (2013) los agentes comunitarios de salud y expertos comunitarios de los establecimientos de las redes comunitarias de servicios de cuidados de atención primaria de salud correspondientes a los ámbitos de las micro redes de salud de los 16 gobiernos regionales seleccionados se organicen y constituyan en el comité del sistema de vigilancia comunal.

Para lograrlo el Ministerio de salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Desarrollar o cooptar capacidades para que los Equipos Itinerantes de Salud soporten el proceso de de implantación, desarrollo y consolidación de los comités y del Sistema de Vigilancia Comunal
b. Capacitar a los Expertos Comunitarios y Agentes Comunitarios de Salud en la gestión del Sistema de Vigilancia Comunitaria.
c. Facilitar la participación de los Expertos Comunitarios y Agentes Comunitarios de Salud EIS rinden cuenta de sus acciones de salud a los Comités de vigilancia.
d. Organizaciones comunales rinden cuenta a la comunidad de la ejecución del Plan de Desarrollo Comunal.

6.- COMPONENTE DE ASISTENCIA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN

El componente **Asistencia Técnica y Capacitación** está destinado a cerrar las brechas organizacionales existentes para la implantación, por niveles, del modelo de atención inclusiva de salud para poblaciones rurales altoandinas y amazónicas y a generar las competencias y capacidades en el personal profesional y técnico, institucionales, y en los expertos y agentes comunitarios para el desarrollo y consolidación de la extensión de la cobertura de los servicios de cuidados de atención primaria de salud y el proceso de inclusión en salud

Comprende la actividad de Asistencia Técnica a las dependencias gubernamentales responsables de la conducción, planeamiento y gerencia de los procesos de extensión de la cobertura de servicios de cuidados de atención primaria de salud y de la inclusión sectorial y la actividad de Capacitación al personal, institucional y comunitario, responsables de la producción y entrega de los servicios de atención inclusiva de salud.

La actividad asistencia técnica comprende las sub actividades de asistencia técnica a los gobiernos regionales y locales, provinciales y distritales, y a sus dependencias y oficinas encargadas de las competencias compartidas en relación a la extensión de servicios de cuidados de atención primaria de Salud, y Mesas de Trabajo y Concertación intersectorial, Mesas de Trabajo y Concertación Interinstitucional vinculadas a los procesos de inclusión sectorial de las poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

Estas sub actividades se desarrollan a libre demanda.

La actividad Capacitación comprende las sub actividades de capacitación al personal institucional y de capacitación al personal comunitario.

7. COMPONENTE DE ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y AUDITORIA

El componente **Acreditación, Certificación, y Auditoria** está destinado a la inserción y desarrollo de los sistemas de acreditación, certificación y auditoria. Esto es la producción de información útil para la toma de decisiones; en el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos, administrativos y sanitarios; en la producción y entrega de servicios de cuidados de atención primaria de salud a las poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas; y, la optimación de los cursos de acción del proceso de implantación, desarrollo y consolidación de la inclusión en salud. de las mismas.

Comprende las Líneas de Acción de **Acreditación, Certificación y Auditoria.**

7.1. Línea de Acción: Acreditación

Controla el desempeño de los gobiernos regionales y locales en el ejercicio de sus funciones en el ámbito sectorial; y, la capacidad resolutiva de las redes de establecimientos de servicios de cuidados de atención primaria de salud, institucionales y comunitarios, para la implantación de la atención inclusiva; la actividad certificación controla el desempeño del personal institucional, profesional y técnico, y del personal comunitario en la producción y entrega estandarizada de servicios de cuidados de atención primaria de salud, oportunos, científicamente fundados, culturalmente adecuados y continuos; y, la actividad auditoría controla la estandarización de los procesos administrativos y sanitarios, los productos, los resultados y el impacto de las actividades de las redes de establecimientos de servicios de cuidados de atención primaria de salud, institucionales y comunitarios.

7.1. Actividad: acreditación

Comprende la verificación del cumplimiento ***progresivo*** de los estándares de desempeño de los gobiernos regionales y locales en la inclusión en salud de las poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas; y, la verificación del cumplimiento de los estándares establecidos de la capacidad resolutiva para los establecimientos, institucionales y comunitarios, y las micro redes de establecimientos de servicios inclusivos de cuidados de atención primaria de salud.

7.1.1. Actividad: Acreditación de Gobiernos Regionales

Mediante la verificación del cumplimiento de los estándares de desempeño de los gobiernos regionales se espera que al término del primer año de operación (2011) los 4 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con el gobierno nacional, mediante el Ministerio de Salud, y cumplan fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, en las competencias compartidas para la extensión de la cobertura de los servicios de cuidados de Atención Primaria de Salud, con prioridad en la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, convenidos en ellos.

Al término del segundo año de operación (2012) los 8 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con el gobierno nacional, mediante el Ministerio de Salud, y cumplan fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, en las competencias compartidas para la extensión de la cobertura de los servicios de cuidados de Atención Primaria de Salud, con prioridad en la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, convenidos en ellos;

Al término del tercer año de operación (2015) los 16 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con el gobierno nacional, mediante el Ministerio de Salud, y cumplan fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, en las competencias compartidas para la extensión de la cobertura de los servicios de cuidados de Atención Primaria de Salud, con prioridad en la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, convenidos en ellos.

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Reclutar, seleccionar e inducir personal administrativo y sanitario de salud para la elaboración y negociación y auditoría de Acuerdos de Gestión Compartidos
b. Definir los estándares del desempeño del Gobierno Nacional, mediante el Ministerio de Salud, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud señalados en la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
c. Definir los estándares del desempeño del Gobierno Regional, mediante la gerencia Regional de Desarrollo Social, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud señalados en la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas de su jurisdicción.
d. Concertar los términos de referencia del desempeño del Ministerio de Salud y del Gobierno Regional en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud ordenados en la política de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

e. Convenir, bajo responsabilidad, en un Acuerdo de Gestión Compartida las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes y las políticas de estímulo para su cumplimiento.

7.1.2. Acreditación de Gobiernos Locales

Mediante la verificación del cumplimiento de los estándares de desempeño de los gobiernos locales, provinciales y distritales, o quién haga sus veces, se espera que al término del segundo año de operación (2012) los gobiernos locales, provinciales y distritales, o quién haga sus veces, comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, acrediten haber establecido relaciones contractuales con su gobierno regional, mediante la gerencia de Desarrollo Social, y con el gobierno nacional, mediante el Ministerio de Salud, y cumplan fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, en las competencias compartidas para la extensión de la cobertura de los servicios de cuidados de Atención Primaria de Salud, con prioridad en la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, convenidos en ellos;

Al término del tercer año de operación (2013) los gobiernos locales, provinciales y distritales, o quién haga sus veces, comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con su gobierno regional, mediante la gerencia de Desarrollo Social, y con el gobierno nacional, mediante el Ministerio de Salud, y cumplan fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, en las competencias compartidas para la extensión de la cobertura de los servicios de cuidados de Atención Primaria de Salud, con prioridad en la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, convenidos en ellos;

Al término del cuarto año de operación (2014) los gobiernos locales, provinciales y distritales, o quién haga sus veces, comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con su gobierno regional, mediante la gerencia de Desarrollo Social, y el gobierno nacional, mediante el Ministerio de Salud, y cumplan fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, en las competencias compartidas para la extensión de la cobertura de los servicios de cuidados de Atención Primaria de Salud, con prioridad en la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, convenidos en ellos.

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Reclutar, seleccionar e inducir personal administrativo y sanitario de salud para la negociación de Acuerdos de Gestión Compartidos
b. Definir el desempeño del Gobierno Nacional, mediante el Ministerio de Salud, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud señalados en la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
c. Definir el desempeño del Gobierno Regional, mediante la gerencia Regional de Desarrollo Social, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud señalados en la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas de su jurisdicción.
d. Definir el desempeño del Gobierno Local, provincial o distrital, o quién haga sus veces, mediante el órgano municipal competente, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de

establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud señalados en la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas de su jurisdicción.

e. Concertar los términos de referencia del desempeño de los gobiernos nacional (Ministerio de Salud), Regional (Gerencia de Desarrollo Social) y local (órgano municipal competente) en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud ordenados en la política de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
f. Convenir en un Acuerdo de Gestión Compartida las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes y las políticas de estímulo para su cumplimiento.

7.1.3.- Acreditación de establecimientos institucionales

Mediante la verificación del cumplimiento de los estándares de la capacidad resolutiva de los establecimientos de la red pública regional de servicios de cuidados de atención primaria de salud, involucrados en la implantación de la Atención inclusiva de Salud para poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, se espera que al término del primer año de operación (2011) los establecimientos comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del segundo año de operación (2012) los establecimientos comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos y al perfil de productos convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del tercer año de operación (2013) los establecimientos comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, perfil de productos y al perfil de resultados convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del cuarto año de operación (2014) que los establecimientos comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, al perfil de productos, resultados e impacto convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales deben:

a. Inducir al personal, administrativo y sanitario de salud, reclutado en la elaboración y negociación y auditoría de la acreditación de establecimientos institucionales en los Acuerdos de Gestión Compartida.
b. Definir los estándares nacionales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, procesos y procedimientos, correspondientes a la capacidad resolutiva atribuida a los establecimientos públicos de servicios de cuidados de atención primeria de salud institucionales, seleccionados en cumplimiento de la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
c. Definir los estándares regionales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, procesos y procedimientos, correspondientes a la capacidad resolutiva atribuida a los establecimientos públicos de servicios de cuidados de atención primeria de salud institucionales, seleccionados en

cumplimiento de la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

d. Concertar los términos de referencia de la capacidad resolutiva atribuida a los establecimientos públicos de cuidados de Atención Primaria de Salud ordenados en la política de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
e. Convenir, bajo responsabilidad, en un Acuerdo de Gestión Compartida las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes y las políticas de estímulo para su cumplimiento.

7.1.4. Acreditación de establecimientos comunitarios

Mediante la verificación del cumplimiento de los estándares de la capacidad resolutiva de los establecimientos de la red comunitaria de servicios de cuidados de atención primaria de salud, involucrados en la implantación de la Atención inclusiva de Salud para poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

Se espera que al término del segundo año de operación (2012) los establecimientos comunitarios comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del tercer año de operación (2013) los establecimientos comunitarios comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos y al perfil de productos convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del cuarto año de operación (2014) los establecimientos comunitarios comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, perfil de productos y al perfil de resultados convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del quinto año de operación (2015) los establecimientos comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, al perfil de productos, resultados e impacto convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Inducir al personal, administrativo y sanitario de salud, reclutado en la elaboración y negociación y auditoría de la acreditación de centros comunitarios de servicios de salud en los Acuerdos de Gestión Compartida.
b. Definir los estándares nacionales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, procesos y procedimientos, correspondientes a la capacidad resolutiva atribuida a los centros comunitarios de servicios de salud, seleccionados en cumplimiento de la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

c. Concertar los términos de referencia de la capacidad resolutiva atribuida a los centros comunitarios de servicios de salud establecidos por la política de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

d. Convenir, bajo responsabilidad, en un Acuerdo de Gestión Compartida las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes y las políticas de estímulo para su cumplimiento.

7.1.5 Acreditación de micro redes de establecimientos institucionales y comunitarios

Mediante la verificación del cumplimiento de los estándares de la capacidad resolutiva de las micro redes de establecimientos de la red regional institucional de servicios de cuidados de atención primaria de salud, involucrados en la implantación de la Atención inclusiva de Salud para poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas,

Se espera que al término del segundo año de operación (2012) las micro redes de establecimientos, institucionales y comunitarios, comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del tercer año de operación (2013) las micro redes de establecimientos, institucionales y comunitarios, comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos y al perfil de productos convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del cuarto año de operación (2014) las micro redes de establecimientos, institucionales y comunitarios, comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, perfil de productos y al perfil de resultados convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;

Al término del quinto año de operación (2015) las micro redes de establecimientos, institucionales y comunitarios, comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos al perfil de infraestructura y equipamiento, al perfil de recursos humanos, al perfil de procesos y procedimientos, al perfil de productos, resultados e impacto convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;
Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Inducir al personal, administrativo y sanitario de salud, reclutado en la elaboración y negociación y auditoría de la acreditación de micro redes de establecimientos institucionales y comunitarios en los Acuerdos de Gestión Compartida.
b. Definir los estándares nacionales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, procesos y procedimientos, correspondientes a la capacidad resolutiva atribuida a las micro redes de establecimientos institucionales y comunitarios de servicios de cuidados de atención primeria de salud institucionales, seleccionados en cumplimiento de la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.

c. Definir los estándares regionales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, procesos y procedimientos, correspondientes a la capacidad resolutiva atribuida a las micro redes de establecimientos institucionales y comunitarios de servicios de cuidados de atención primeria de salud institucionales, seleccionados en cumplimiento de la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
d. Definir los estándares locales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, procesos y procedimientos, correspondientes a la capacidad resolutiva atribuida a las micro redes de establecimientos institucionales y comunitarios de servicios de cuidados de atención primeria de salud comunitaria, establecidos en cumplimiento de la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
e. Concertar los términos de referencia de la capacidad resolutiva atribuida a las micro redes de establecimientos institucionales y comunitarios de cuidados de Atención Primaria de Salud establecidos por la política de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
f. Convenir, bajo responsabilidad, en un Acuerdo de Gestión Compartida las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes y las políticas de estímulo para su cumplimiento.

7.2 Línea de Acción: Certificación

La línea de acción de **Certificación** controla el desempeño del personal institucional profesional y técnico, de la oferta fija y móvil, y, del personal comunitario, experto y cooptado, involucrado, contractual o voluntariamente, en la producción y entrega estandarizada de servicios en la red de establecimientos, institucionales y comunitarios, cuidados de atención primaria de salud.

La certificación comprende la verificación del cumplimiento *progresivo* de los estándares de competencias y capacidades del personal para la producción y entrega, oportuna, adecuada, continua y estandarizada de servicios en la red de establecimientos, institucionales y comunitarios, de atención inclusiva de salud

7.2.1 Actividad: Certificación de profesionales de salud

Mediante la verificación de competencias y capacidades del personal profesional de las micro redes de establecimientos públicos y establecimientos públicos institucionales de servicios de cuidados de atención primaria de salud,

Se espera que al término del primer año de operación (2011) las micro redes de establecimientos, institucionales y comunitarios, comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores cuantitativos y cualitativos referidos al número de profesionales asignados y con las correspondientes a las competencias y capacidades requeridas para la implantación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas;

Al término del segundo año de operación (2012) las micro redes de establecimientos, institucionales y comunitarios, comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores cuantitativos y cualitativos referidos al número de profesionales asignados y con las correspondientes a las competencias y capacidades requeridas para la implantación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas;

Al término del tercer año de operación (2013) las micro redes de establecimientos, institucionales y comunitarios, comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores cuantitativos y cualitativos referidos al número de profesionales asignados y con las correspondientes a las competencias y capacidades requeridas para la implantación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas.

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Inducir al personal, administrativo y sanitario de salud, reclutado en la elaboración y negociación y auditoría del número asignado y de la certificación del personal profesional de las micro redes de establecimientos y establecimientos institucionales en los Acuerdos de Gestión Compartida.
b. Definir los estándares nacionales sobre competencias y capacidades del personal profesional de salud y administrativo para producir, brindar y soportar la atención inclusiva de salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
c. Definir los estándares regionales sobre competencias y capacidades del personal profesional de salud y administrativo para producir, brindar y soportar la atención inclusiva de salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
d. Definir los estándares locales sobre competencias y capacidades del personal profesional de salud y administrativo para producir, brindar y soportar la atención inclusiva de salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
e. Concertar los términos de referencia de las competencias y capacidades resolutivas del personal profesional asignado a las micro redes de establecimientos y establecimientos institucionales para producir, entregar y soportar la Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
f. Sobre las competencias y capacidades del personal profesional concertados efectuar las acciones de certificación.

7.2.2. Actividad: Certificación de profesionales y técnicos sanitarios de los Equipos Itinerantes de Salud inclusiva (EIS)

Mediante la verificación de competencias y capacidades del personal profesional y técnico de los Equipos Itinerantes de Salud Inclusiva (EASI) de las micro redes de establecimientos públicos institucionales de servicios de cuidados de atención primaria de salud.

Se espera que al término del primer año de operación (2011) el personal de los EIS de las micro redes de establecimientos institucionales, comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, cumplen con las competencias y capacidades requeridas para la implantación, desarrollo y consolidación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas y han sido certificados;

Al término del segundo año de operación (2012) el personal de los EIS de las micro redes de establecimientos institucionales, comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados, cumplen con las competencias y capacidades requeridas para la implantación, desarrollo y consolidación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas y han sido certificados;

Al término del tercer año de operación (2013) los equipos EIS DE las micro redes de establecimientos institucionales, comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados han sido certificados y cumplan fielmente con los indicadores cuantitativos y cualitativos referidos al número de profesionales asignados y con las correspondientes a las competencias y capacidades requeridas para la implantación, desarrollo y consolidación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas.

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Inducir al personal, administrativo y sanitario de salud, reclutado en la elaboración y negociación y auditoría del número asignado y de la certificación del personal profesional y técnico de los equipos Itinerantes de Salud Inclusiva de las micro redes de establecimientos institucionales en los Acuerdos de Gestión Compartida.
b. Definir los estándares nacionales sobre competencias y capacidades del personal profesional y técnico de los Equipos Itinerantes de Salud Inclusiva de las micro redes de establecimientos institucionales para la atención inclusiva de salud de poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
c. Definir los estándares locales sobre competencias y capacidades del personal profesional y técnico de los Equipos Itinerantes de Salud Inclusiva de las micro redes de establecimientos institucionales para la atención inclusiva de salud de poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
d. Concertar los términos de referencia de las competencias y capacidades del personal profesional de resolutiva asignado a las micro redes de establecimientos institucionales para la Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
e. Certificar sobre la base de las competencias y capacidades asignadas al personal de los EIS.

7.2.3 Certificación de profesionales y técnicos sanitarios de los expertos y agentes comunitarios de salud

Mediante la verificación de competencias y capacidades de expertos y agentes comunitarios en salud de los establecimientos comunitarios de servicios de cuidados de atención primaria de salud.

Se espera que al término del segundo año de operación (2012) los expertos y agentes comunitarios en salud, comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores cuantitativos y cualitativos referidos al número de expertos y con las correspondientes a las competencias y capacidades requeridas para la implantación, desarrollo y consolidación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas;

Al término del tercer año de operación (2013) los expertos y agentes comunitarios en salud, comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores cuantitativos y cualitativos referidos al número de expertos y con las correspondientes a las competencias y capacidades requeridas para la implantación, desarrollo y consolidación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas;

Al término del cuarto año de operación (2014) los expertos y agentes comunitarios en salud, comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores cuantitativos y cualitativos referidos al número de expertos y con las correspondientes a las

competencias y capacidades requeridas para la implantación, desarrollo y consolidación de la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Alto Andinas y Amazónicas, excluidas y dispersas;

Para lograrlo el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales deben:

a. Inducir al personal, administrativo y sanitario de salud, reclutado en la elaboración y negociación y auditoría de la certificación de los expertos y agentes comunitarios en salud de las redes de establecimientos comunitarios en los Acuerdos de Gestión Compartida.
b. Definir los estándares nacionales sobre competencias y capacidades de los expertos y agentes comunitarios en salud de las redes de establecimientos comunitarios para la atención inclusiva de salud de poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
c. Definir los estándares regionales sobre competencias y capacidades de los expertos y agentes comunitarios en salud de las redes de establecimientos comunitarios para la atención inclusiva de salud de poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
d. Definir los estándares locales sobre competencias y capacidades de los expertos y agentes comunitarios en salud de las redes de establecimientos comunitarios para la atención inclusiva de salud de poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
e. Concertar los términos de referencia de las competencias y capacidades de los expertos y agentes comunitarios en salud de las redes de establecimientos comunitarios para la Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas.
f. Convenir, bajo responsabilidad, en un Acuerdo de Gestión Compartida las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes y las políticas de estímulo para su cumplimiento.

PLAN DE IMPLEMENTACION DE LAS POLITICAS INCLUSIVAS DE SALUD PARA POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS

FASE I. ARREGLOS INSTITUCIONALES

Línea de Acción : Fortalecimiento de la Conducción Nacional y Regional

Actividad	Resultado esperado	Tareas	indicador de éxito	Responsable
Involucramiento de todos los niveles de gobierno, la sociedad civil, la universidad; la empresa privada y comunidad organizada en el proceso de inclusión en salud, el desarrollo y el alivio a la pobreza de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas	**Al 2011**. El Ministerio de Salud y todos los niveles de gobierno conforman mesas de trabajo con la participación de las organizaciones de la sociedad civil, a las universidades; a las iglesias, a las empresas privadas y las organizaciones sociales de base con la finalidad de lograr en el más breve plazo la inclusión en salud, el desarrollo y el alivio a la pobreza de poblaciones rurales, alto andinas y amazónicas.	1. MINSA convoca a gobiernos regionales, universidades, cooperación técnica nacional e internacional instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil e invita a participar en el proceso de inclusión social de poblaciones dispersas y en extrema pobreza**.** **2.** MINSA suscribe acuerdos de cooperación técnica y gestión con instituciones públicas y privadas con la finalidad de asegurar mediante sus pliegos presupuestales para que consignen los recursos presupuestales destinados a la ejecución de proyectos de inversión en ampliación y recuperación de infraestructura y equipamiento; al incremento del personal de la oferta fija y móvil y el otorgamiento de incentivos; capacitación; adquisición de medicamentos e insumos, biológicos; monitoreo y supervisión; y, especialmente, para la implementación de los centros comunitarios de servicios de salud	N° de acuerdos de cooperación técnica y gestión suscritos con los Gobiernos regionales y Gobiernos Locales N° de acuerdos de cooperación financiera suscritos con las Empresas Privadas.	Alta Dirección del MINSA, Gobierno Regional y Gobierno Local
Conformación del grupo de trabajo nacional, regional y local en apoyo a las poblaciones dispersas y excluidas	**Al 2011**.- Grupos de trabajo impulsor del nivel nacional , regionales (4 regiones piloto) dependientes de la alta dirección institucional funcionan regularmente. **Al 2012**. Grupos de trabajo impulsor del nivel regional y local (8 regiones) funcionan regularmente. **Al 2013.** Grupos de trabajo impulsor del nivel regional y local (16 regiones) funcionan regularmente.	1.Funciones y organización del Grupo de Trabajo Nacional y Regional de regiones piloto aprobados. 2. Personal del nivel nacional, regional y local seleccionado según perfiles previamente aprobados. 3. Personal capacitado.	Acto resolutivo que constituye grupo de trabajo nacional y regional	Alta Dirección del MINSA, Gobierno Regional y Gobierno Local

Planeamiento estratégico y operativo de los grupos de trabajo del MINSA, GGRR y GGLL	**Al 2011**.- MINSA dispone de una Plan Estratégico y un Plan Operativo para la atención en salud de poblaciones dispersas y excluidas funcionan regularmente. **Al 2011**. Regiones Piloto aprueban Plan estratégico y Plan Operativo. **Al 2012.** 08 regiones aprueban Plan estratégico y Plan Operativo. **Al 2013**. 16 regiones aprueban Plan estratégico y Plan Operativo.	1. Recopilación de información para la elaboración del Plan Estratégico 2. Diseño y formulación del Plan Estratégico. 3. Formulación del Plan Operativo	N° de Resolución que aprueba el Plan estratégico y el Plan Operativo en el MINSA y Gobiernos Regionales y Locales	Alta Dirección del MINSA, Gobierno Regional y Gobierno Local
Suscripción de convenios de gestión con regiones para la implementación de la política inclusiva en salud	**Al 2011**. MINSA y 4 regiones piloto suscriben convenio de gestión para la implementación de la política y modelo de atención en salud para poblaciones dispersas y excluidas. **Al 2012**. MINSA y 8 regiones suscriben convenio de gestión para la implementación de la política y modelo de atención. Al 2012. MINSA y Gobiernos Locales suscriben convenio de gestión para la implementación de centros comunitarios de servicios de salud **AL 2013**. MINSA y 12 Regiones suscriben convenio de gestión para la implementación de la política y modelo de atención.	1. Definición de compromisos de las partes. 2. Definición de los mecanismos de financiamiento de las intervenciones en salud individual y colectiva. 3. Definición de indicadores para la evaluación del cumplimiento. 4. Suscripción del Convenio	N° de Resolución que aprueba el Convenio de Gestión.	Alta Dirección del MINSA, Gobierno Regional y Gobierno Local

Desarrollo Normativo y organizacional de la política y el modelo inclusivo en salud dispersas y excluidas y organización de la producción de servicios de salud.

Actividad	Resultado esperado	Tareas	indicador de éxito	Responsable
Construcción de la Línea de Base nacional , regional y Local	**Al 2011** MINSA tiene primera versión de N° de poblaciones dispersas y 4 Regiones piloto disponen de un registro de poblaciones aprobado. **Al 2012** 16 Regiones disponen de un registro de poblaciones aprobado y el MINSA tiene un Registro Nacional de Poblaciones Dispersas y Excluidas.	1. Definición de criterios para la calificación de centros poblados como dispersos y excluidos. 2. Definición de información que debe comprender registro de centros poblados. 3. Aprobación del Registro Nacional/ Regional	Resolución que aprueba el registro Nacional, Regional de poblaciones dispersas y excluidas.	Alta Dirección del MINSA, Gobierno Regional

Redefinición de la organización y funciones de las micro redes de servicios de salud	**Al2011**. MINSA aprueba norma técnica que redefine nueva organización y funciones de las micro redes de servicios de salud. **Al 2011**. 100% de las 4 Regiones piloto han redefinido el rol y funciones de las micro redes. **Al 2012.**100% de las micro redes de 16 Regiones han redefinido el rol y funciones	1. Evaluación de la actual capacidad instalada de la micro red 2. Redefinición del ámbito de responsabilidad territorial de la micro red. 3.Redefinicion de la gestión de los servicios de salud de la micro red. 4. Defunción de la guía metodológica para la elaboración del Programa de Salud Local. 5. Identificación de necesidades de RRHH de la oferta fija y móvil itinerante a partir de la aprobación del Programa de salud Local, que incluyen la contratación de equipos itinerantes de salud-- EIS. 6. Definición de la cartera de servicios de salud individual y colectiva. 7. Incorporación de las prestaciones comunales en el PEAS. 8. Definición del modelo de prestación, con sistema de referencia contra referencia desde el nivel comunal. 9. Definición del modelo de financiamiento de la micro red. 10. Negociación con la DIRESA/empresas privadas para contratación de RRHH por cualquier fuente de financiamiento.	N° de micro redes de servicios de salud han redefinido su organización y funciones	MINSA Direcciones Regionales de Salud

Fortalecimiento de centros de salud cabecera de micro red para atención primaria de calidad	**Al 2011**. 100% de centros de salud cabecera de micro red de las regiones piloto cuenta con infraestructura, equipamiento básico, RR HH y organización adecuados para la atención de salud materno infantil y nutricional. **Al 2012**. 50% de centros de salud cabecera de micro red de las 16 regiones cuentan con infraestructura, equipamiento básico, RR HH y organización adecuados para la atención de salud materno infantil y nutricional. **Al 2015.** 100% de centros de salud cabecera de micro red de las 16 regiones cuentan con infraestructura, equipamiento básico, RR HH y organización adecuados para la atención de salud materno infantil y nutricional.	1. Evaluación de la actual capacidad instalada de RRHH, equipamiento, insumos y mobiliario del centro de salud cabecera de la micro red. 2. Identificación de la necesidad de inversión en el marco de un proyecto integral de fortalecimiento de la cabecera de la micro red; 3) Formulación del perfil de inversión a cargo de la micro red. 4. Implementación del centro de salud con RRHH, equipamiento, insumos, mobiliario e infraestructura. 5. Categorización y acreditación de los establecimientos de salud de la micro red	N° de centros de salud de micro redes piloto fortalecidos	MINSA: Gobiernos Regionales
Adecuación cultural de guías de práctica clínica/protocolos de atención en salud.	**Al 2011**. 100% de las micro redes de 4 regiones piloto atienden con guías de práctica clínica culturalmente adecuados según usos y costumbres locales. **Al 2012**. 100% de las micro redes de 16 regiones atienden con guías de práctica clínica culturalmente adecuados según usos y costumbres locales.	1. Revisión de la guías de práctica clínica vigentes. 2. Formulación de propuesta de guías de práctica clínica y protocolos adecuados culturalmente. 3. Coordinación con equipos regionales para validar guías y protocolos de atención. 4. Aprobación de guías de práctica clínica y protocolos.	N° de guías de práctica clínica adecuadas culturalmente	MINSA: Gobiernos Regionales
Elaboración del Manual de Operaciones del Equipo Itinerante en Salud	**Al 2011.** 100% de los EIS de las micro redes de regiones piloto aplican normas y guías comprendidos en el Manual Operativo de los EIS. **Al 2012**. 100% de los EIS de las 16 regiones aplican normas y guías comprendidos en el Manual Operativo de los EIS.	1. Análisis de la Política y el modelo inclusivo de atención en salud para poblaciones dispersas y excluidas. 2. Revisión de manuales y guías vigentes en el trabajo comunitario en salud que deben formar parte del manual operativo. 3. Elaboración de Modelo Nacional de Manual de Operaciones del EIS. 4. Coordinación con regiones para la elaboración del manual operativo del EIS. 5. Adecuación del Manual Operativo de acuerdo a las condicionantes culturales de cada región.	N° de Resolución Ministerial que aprueba el Manual de Operaciones de los EIS	MINSA

Elaboración del Plan de Gerencia para asegurar provisión de medicamentos y de la cadena de frio en la micro red	**Al 2011.** 100% de las micro redes de regiones piloto cuentan y aplican Plan de gerencia de provisión de medicamentos, insumos y la cadena de frío para insumos, vacunas y biológicos. **Al 2012**. 100% de las micro redes de 16 regiones cuentan y aplican Plan de gerencia de provisión de medicamentos, insumos y la cadena de frío para insumos, vacunas y biológicos.	1. Revisión del procedimiento vigente de logística y distribución de insumos de insumos y propuestas de mejora 2. Evaluación de la cadena de frio de cada micro región. 3. Identificación de la necesidad de inversión para la implementación de la cadena de frio. 4. Implementación de requerimientos de cadena de frio y plan de gerencia de cadena de frio funcionando . 5. Provisión periódica de medicamentos e insumos a Centros comunitarios de servicios de salud.	N° de planes de gerencia de cadena de frio aprobados y en ejecución.	Gobiernos Regionales

Agenciamiento de las inversiones para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud fijas institucional y comunitaria

Actividad	Resultado esperado	Tareas	indicador de éxito	Responsable
Fortalecimiento de la capacidad del Gobierno Regional en la gestión de proyectos de inversión	**Al 2012**.100% del presupuesto asignado a las 4 regiones piloto para inversiones para el abordaje de las prioridades sanitarias en favor de las comunidades dispersas y excluidas es ejecutado. **Al 2015.** 100% del presupuesto asignado a las 16 regiones para inversiones para el abordaje de las prioridades sanitarias en favor de las comunidades dispersas y excluidas es ejecutado.	1. Elaboración de diagnóstico de infraestructura física de todos los establecimientos de salud de las micro redes piloto para el fortalecimiento y/o implementación de servicios de diagnóstico (atención de la gestación), recuperación en salud materna (atención del de parto institucional, casas de espera). 2.Desarrollo de capacidades para la formulación y evaluación de Proyectos de Inversión Pública (PIP). 3. Formulación de una cartera de proyectos integrales de inversión (Banco de Proyectos) 4. Presentación y aprobación de PIPs en presupuesto participativo regional y locales;	N° de proyectos de inversión aprobados como PIP en el presupuesto participativo del GGRR y GGLL.	GGRR y GGLL

Fortalecimiento de la capacidad de los Gobiernos Locales en la gestión de proyectos de inversión a favor de las comunidades dispersas y excluidas.	**AL 2012.** Gobiernos Locales invierten en las comunidades dispersas y de las micro redes piloto ejecutan proyectos de inversión para la implementación de los centros comunitarios de servicios de salud. **Al 2015.** 100% de gobiernos Locales ubicados en las 16 regiones han ejecutado su presupuesto para la implementación de los centros comunitarios de servicios de salud.	1. Elaboración de mapa para la ubicación de centros comunitarios de servicios de salud en centros poblados disparados y excluidos del distrito. 2. Determinación del mobiliario y equipamiento que requiere un centro comunitario de servicios de salud. 3. Desarrollo de capacidades en las organizaciones comunales para la formulación y evaluación de Proyectos de Inversión Pública (PIP). 4. Presentación y aprobación de PIPs en presupuesto participativo regional y locales;	PIA de los Gobiernos Locales consignan presupuesto para inversión en la implementación de centros comunitarios de servicios de salud	Gobiernos Locales
Gestión de convenios con empresas privadas o instituciones no gubernamentales para financiamiento de personal y equipamiento.	**Al 2015**. Empresas privadas e instituciones no gubernamentales financian personal y equipamiento para la prestación de servicios de salud a las poblaciones dispersas y excluidas, como resultado del convenio suscrito con los gobiernos regionales y Locales	1. Identificación de las empresas privadas, universidades y organizaciones no gubernamentales que podrían suscribir convenios de gestión público-privada. 2. Presentación de proyectos de apoyo a las poblaciones dispersas y excluidas. 3. Suscripción de convenios	N° de acuerdos de cooperación financiera suscritos con las Empresas Privadas.	MINSA

Arreglos financieros para fortalecimiento de la oferta de servicios de salud

Actividad	Resultado esperado	Tareas	indicador de éxito	Responsable
Micro redes con capacidad financiera para contratar personal, adquirir medicamentos e insumos para la prestación de servicios de salud	**Al 2012.-** Micro redes de regiones piloto administran con autonomía relativa los recursos financieros por toda fuente que se ha presupuestado. **Al2014.-** 100% de Micro redes de regiones administran con autonomía relativa los recursos financieros por toda fuente que se ha presupuestado.	1. Equipo técnico de las micro redes con apoyo técnico del grupo de trabajo regional como unidad de costo, elaboran su presupuesto de gastos corrientes y de inversión para su consolidación en el presupuesto de las redes de servicios de salud y de la DIRESA. 2. Micro red ejecuta presupuesto; contrata personal para conformación de equipos itinerantes en salud, medicamentos e insumos para la micro red y para los centros comunitarios de servicios de salud. 3. M micro red administra recursos y rinde cuentas a la red de servicios ya al SIS según normas vigentes.	N° de resolución que autoriza a micro redes un manejo de recursos financieros von autonomía relativa.	Gobierno Regional

Financiamiento de las prestaciones sanitarias a las comunidades dispersas y excluidas con recursos del PPR	**Al 2011**. 100% de los recursos asignados por el PPR a los gobiernos regionales y locales financian prestaciones sanitarias a favor de poblaciones excluidas y dispersas**. Del 2012 al 2015.** 100% de Gobiernos regionales y Locales financian recursos humanos, bienes y servicios para la tención de poblaciones dispersas y excluidas.	1. Identificación del perfil epidemiológico de las poblaciones excluidas ubicadas en el ámbito de las regiones piloto. 2. Definición de requerimiento en recursos humanos, bienes, servicios, medicamentos e insumos y cálculo de costos de implementación. 3. Consignación de recursos en el presupuesto de gastos corrientes	N° de poblaciones dispersas y excluidas cuentan con recursos financiero**s**	
SIS transfiere directamente recursos a las micro redes como unidades productoras de servicios por prestaciones realizadas al régimen subsidiado del AUS	**Al 2011. 1**00% de micro redes de regiones piloto recepcionan directamente recursos del SIS por las prestaciones que realizan a los afiliados del régimen subsidiado.	1. Negociación con SIS central para definir el mecanismo de transferencia de fondos. 2. Suscripción de convenios con el SIS para la recepción directa y la rendición de cuentas por los recursos transferidos por la prestación de servicios al régimen subsidiado. 3. Adquisición directa de bienes		

Fortalecimiento y activación de las organizaciones sociales de la comunidad

Actividad	Resultado esperado	Tareas	indicador de éxito	Responsable
Fortalecimiento y activación de las organizaciones sociales de la comunidad	**Al 2011**.- Organizaciones comunales de las poblaciones rurales y excluidas han sido fortalecidas.	1. Identificación de líderes comunales. 2. Fortalecimiento de las formas de organización propias de las poblaciones para desarrollar su capacidad de gestión en términos de toma de decisiones, negociación, intervención en la solución de sus problemas de salud y proyectarse hacia su desarrollo. 3. Fortalecimiento de la participación de las mujeres en el cuidado de la salud de sí mismas, de su familia, de la comunidad y de su medio ambiente. 4. Involucramiento de líderes comunales para lograr la inclusión en salud, el desarrollo, el alivio a la pobreza y en la implementación de las acciones necesarias para vivir como Poblaciones saludables.	N° de organizaciones comunales que han sido fortalecidas para desarrollar su capacidad de gestión.	MINSA, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

Planeamiento del desarrollo comunal	**Al 2011.** Poblaciones dispersas y excluidas de 4 regiones piloto implementan acciones planificadas participativamente orientados a la inclusión social con el apoyo de los gobiernos regionales, locales y organizaciones de la sociedad civil. **Al 2015** 100% de poblaciones dispersas y excluidas empoderadas ejecutan acciones planificadas orientadas a su desarrollo de sus comunidades.	1. EIS prestan apoyo a las organizaciones comunales en el proceso de planificación del desarrollo comunal. 2. Organizaciones comunales elaboran planes de desarrollo participativo. 3. Organizaciones comunales elaboran proyectos de desarrollo y los presentan para su aprobación a los gobiernos regionales, locales, empresas privadas y ONGs. 4. Organizaciones comunales ejecutan acciones comprendidas en el plan de desarrollo comunal particularmente agua segura, letrinización, desarrollo agrícola y forestal y electrificación.	N° de organizaciones comunales que presentan proyectos comunales comprendidas en su Plan de Desarrollo Comunal a los Presupuestos participativos del Gobierno Local y regional..	MINSA, Gobierno Regional y Gobierno Local.
Implementación de centros comunitarios de servicios de salud	**Al 2011**.- 50% de Poblaciones comprendidas en las micro redes piloto hacen uso de los servicios que ofertan los centros comunitarios de servicios de salud. **Al 2015**. 100% de poblaciones comprendidas en las 16 regiones hacen uso de los servicios que ofertan los centros comunitarios de servicios de salud.	1. Gobiernos Locales suscriben convenio con las organizaciones comunales para la implementación de centros comunitarios de servicios de salud. 2. Micro red de servicios de salud elevan a gobiernos locales relación de bienes muebles y equipo básico que requiere funcionamiento de centro comunitario de servicios de salud. 3. Gobiernos Locales entregan mobiliario y equipos para funcionamiento de CCSS.	N° de centros comunitarios de servicios de salud instalados y funcionando e las poblaciones dispersas y excluidas.	MINSA, Gobierno Regional y Gobierno Local.
Fortalecimiento y activación de los agentes comunitarios en salud	**Al 2011**. 100% de los agentes comunitarios acreditados de regiones piloto prestan servicios en los centros comunitarios de servicios de salud. **Al 2015** 100% de agentes comunitarios de servicios de salud previamente acreditados y seleccionados se incorporan al sistema formal del sector salud	1. Inventario de agentes comunitarios de salud. 2. Capacitación y auditoria de AGS 3. Acreditación de ACS y habilitación para ofertar servicios en los CCSS.	N° de agentes comunitarios de salud acreditados y certificados que prestan serviciasen los centros comunitarios de servicios de salud.	MINSA, Gobierno Regional y Gobierno Local.

Implementación de comités de vigilancia comunal	**Al 2011**. En las comunidades dispersas ubicadas en las micro redes piloto se instalan y funcionan los comités de vigilancia social. Al 2015. 100% de comunidades dispersas cuentan con comités de vigilancia de acciones de salud y de la ejecución de proyectos de inversión.	1. Organizaciones sociales con el apoyo de los EIS conforman en cada comunidad comités de vigilancia social. 2. Comités de vigilancia social son capacitados por los EIS. 3. EIS rinden cuenta de sus acciones de salud a los Comités de vigilancia. 4. Organizaciones comunales rinden cuenta a la comunidad de la ejecución del Plan de Desarrollo Comunal.	N° de comités de vigilancia ciudadana que operan en las comunidades dispersas y excluidas.	MINSA, Gobierno Regional y Gobierno Local.

FASE II. ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION

Actividad	Resultado esperado	Tareas	indicador de éxito	Responsable
Asistencia técnica a los Gobiernos Regionales y Locales para tener una visión articulada del desarrollo humano.	**Al 2011**. Instancias de planificación del MINSA y Regiones piloto logran integrar una visión articulada en torno al desarrollo humano de las poblaciones excluidas y dispersas. **AL 2015** . Instancias de planificación del MINSA y de 16 Regiones coordinan y hacen seguimiento al proceso de inclusión de las poblaciones dispersas y en extrema pobreza.	1. Reunión técnica de planificadores del MINSA, Gobiernos regionales y Locales. 2. MINSA, GGRR y GGLL conciertan en articular acciones estratégicas para la inclusión de las poblaciones dispersas y extrema pobreza. 3. MINSA, GGRR y GGLL como producto de la concertación establecen responsabilidades y competencias y definen proceso de progresión de acciones de inclusión social, económica y política.	N° de gobiernos regionales y locales que trabajan articuladamente con el MINSA en el proceso de inclusión de poblaciones dispersas y excluidas.	
Asistencia técnica y capacitación al personal de salud de las regiones piloto para la aplicación de esquemas de atención adecuados culturalmente al uso y preferencias locales.	**Del 2011- 2014** el MINSA presta asistencia técnica al grupo de trabajo regional y al personal del área de capacitación en la aplicación de protocolos, guías y manuales para que , a su vez, efectúen las réplicas con el personal de los establecimientos de salud de la oferta fija y con los equipos itinerantes de salud. **Del 2011 al 2014**. Equipos *regionales* de trabajo de las Direcciones Regionales de Salud capacitan permanentemente a personal de salud de las micro redes y EIS para en la aplicación de guías de práctica clínica. **2014**. Personal de salud de la oferta fija y móvil aplican en las atenciones sede salud individual y colectiva, protocolos, guías culturalmente adecuados.	1. Identificación de personal de las regiones responsables de la capacitación. 2. Elaboración del Plan de Capacitación de los RRHH para la implementación de la atención Integral de la salud infantil, mejorar la atención de la Salud Sexual y Reproductiva: atención de Emergencias Obstétricas, planificación familiar con; consejería en salud reproductiva y metodologías de comunicación con adultos; mejorar las intervenciones de diagnóstico temprano , tratamiento estandarizado y control de vectores. 3. Aplicación de los protocolos; guías de práctica clínica en los restablecimientos de salud y en las poblaciones dispersas y excluidas. 4. Supervisión de la aplicación correcta de protocolos y guías de práctica clínica por el equipo regional de trabajo,	N° de establecimientos de salud de atención primaria cuyo personal aplica adecuadamente guías de práctica clínica culturalmente adecuados.	

FASE III. ACREDITACION Y AUDITORIA DE LA APLICACIÓN DE LOS ARREGLOS INSTITUCIONALES EN LAS REGIONES PILOTO

Acreditación de Gobiernos Regionales

Actividad	Resultado esperado	Tareas	indicador de éxito	Responsable
Acreditación de Gobiernos Regionales	**Al 2011.-** 4 gobiernos regionales seleccionados acreditan haber establecido relaciones contractuales con el MINSA y cumplen fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, **al 2012.** - 8 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con el MINSA y acreditan su desempeño en el ejercicio de la función salud. **AL 2015** los 16 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con el MINSA para la Atención Inclusiva de Salud para Poblaciones Rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas, convenidos en ellos.	1.Reclutamiento, selección e inducción de personal administrativo y sanitario de salud para la elaboración y negociación y auditoría de Acuerdos de Gestión Compartidos. 2.Definición de los estándares del desempeño del MINSA en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud señalados en la política nacional de Atención Inclusiva de Salud para poblaciones rurales alto andinas y amazónicas, excluidas y dispersas. 3. Definición de los estándares del desempeño del Gobierno Regional, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de cuidados de Atención Primaria de Salud señalados 4. Concertación de los términos de referencia del desempeño del Ministerio de Salud y del Gobierno Regional. 5. Suscripción del Acuerdo de Gestión Compartida las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes y las políticas de estímulo para su cumplimiento.	N° de acuerdos de gestión suscritos por el MINSA con los Gobiernos regionales.	MINSA y Gobiernos Regionales

Acreditación de Gobiernos Locales	Al 2012.- Gobiernos Locales comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, acrediten haber establecido relaciones contractuales con su gobierno regional y con el MINSA , y cumplen fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, AL 2013 Gobiernos Locales, provinciales y distritales, o quién haga sus veces, comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con su gobierno regional, y el MINSA y cumplen fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud, Al 2014. Los gobiernos locales, provinciales y distritales, o quién haga sus veces, comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados acrediten haber establecido relaciones contractuales con su gobierno regional, y el MINSA y cumplen fielmente con acreditar su desempeño en el ejercicio de la función salud,	1. Reclutamiento, selección e inducción de personal administrativo y sanitario de salud para la negociación de Acuerdos de Gestión. 2. Definición desempeño del MINSA, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de Salud. 3.. Definición desempeño del Gobierno Regional, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de Salud. 4. Definición del desempeño del Gobierno Local, en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de Salud 5. Concertación de los términos de referencia del desempeño de los gobiernos nacional (Ministerio de Salud), regional (Gerencia de Desarrollo Social) y local (órgano municipal competente) en el proceso de extensión de cobertura de las redes de establecimientos de Salud. 6. Suscripción del Convenio en un Acuerdo de Gestión Compartida las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes y las políticas de estímulo para su cumplimiento.	N° de acuerdos de gestión suscritos por el MINSA con los Gobiernos regionales y con los gobiernos locales	MINSA , Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

Acreditación de establecimientos institucionales.	**Al 2011**.- los establecimientos de salud comprendidos en la jurisdicción de los 4 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores procesos y procedimientos, convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida; **Al 2012** los establecimientos de salud comprendidos en la jurisdicción de los 8 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores re procesos y procedimientos y al perfil de productos convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida; **Al2013** los establecimientos comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores referidos a procesos y procedimientos, perfil de productos y al perfil de resultados convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida; **Al 2014**.- que los establecimientos comprendidos en la jurisdicción de los 16 gobiernos regionales seleccionados, cumplan fielmente con los indicadores convenidos al perfil de procesos y procedimientos, al perfil de productos, resultados e impacto convenidos en los Acuerdos de Gestión Compartida;	1. Inducción de personal, administrativo y sanitario de salud, reclutado para la elaboración los Acuerdos de Gestión Compartida. 2. Definición de los estándares nacionales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, procesos y procedimientos, correspondientes a la capacidad resolutiva atribuida a los establecimientos públicos de salud 3. Definición de estándares regionales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, procesos y procedimientos, correspondientes a la capacidad resolutiva atribuida a los establecimientos públicos de salud. 4. Concertación de los términos de referencia de la capacidad resolutiva atribuida a los establecimientos públicos de salud . 5. Suscripción del Acuerdo de Gestión Compartida	N° de Acuerdos de Gestión suscritos entre el MINSA y los Gobiernos Regionales	MINSA, Gobiernos Regionales

Annex No. 12: Final Report on the Vaccines Logistics Process Improvement Plan at the national and regional level.

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

TALLER DE CAPACITACIÓN EN EL REGISTRO Y CONTROL DE BIENES PATRIMONIALES DEL ESTADO CON ENFASIS EN CADENA DE FRIO Y MANEJO DE SOFTWARE SIGA PATRIMONIO

CUADRO DE PARTICIPANTES, FACILITADORES Y PERSONAL DE APOYO

Ciudad SEDE	REGIONES	Nº de Ejecutoras		Fechas Taller SIGA Patrimonio	Expositor	Facilitadores ESNI	Facilitadores MEF	Equipo Programa Umbral Lima	Equipo Programa Umbral Regional	Participantes
		DIRESA/ Red	Hosp							
Piura	Piura	3	0	6 Y 7 Nov	Luz María Garrido	Lucila Escarcena	Rosa Macalopu A. (Residente Piura)	Lyda Desulovich / L. Tavera		13
	Tumbes	1	1							9
										22
Trujillo	La Libertad	7	2	6 y 7 Nov	Mario Nakama	Lilette Méndez (Tru)	Yovana Miranda C. (Residente Lima)	Ada PastorVilma Vargas	R. Capristán/J. Gonzales/N. Zarzosa/A. Avalos	40
	Ancash	6	0							25
										65
Cusco	Cusco	5	0	13 y 14 Nov	Luz María Garrido	Doris Rojas	Guillermo Elaez A. (Residente Cusco)	Ada Pastor/Luis Tavera	Z. Rozas/D. Palacios/D. Polloyqueri/A. Laos	20
	Puno	6	0							24
	Apurimac	2	0							8
										52
Tarapoto	San Martín	4	0	13 y 14 Nov	Mario Nakama	Aneliza Arévalo (Tpp)	Víctor Segura S. (Residente San Martín)	L. Desulovich / Elyzeth Valdiviezo	R. Joseph/Y. García/C. García	16
	Loreto	2	2							14
	Amazonas	4	0							16
										46
Arequipa	Arequipa	5	2	19 y 20 Nov	Luz María Garrido	Lucila Escarcena	Milagros Lazo B. (Residente Arequipa)	Ada Pastor / Luis Tavera		26
	Tacna	1	1							8
	Moquegua	2	0							8
										42
Huancayo	Junín	6	0	19 y 20 Nov	Mario Nakama	María Horna (Chmb)	Susan Chamorro A. (Residente Junín)	Vilma Vargas / Elyzeth Valdiviezo	L. Quispe/R. Palomino	26
	Huancavelica	6	0							24
										50
Chiclayo	Cajamarca	4	2	26 y 27 Nov	Luz María Garrido	Lilette Méndez (Tru)	Jorge Rojas Ch. (Residente Cajamarca)	Lyda Desulovich	Y. Julcamoro/J. Gonzales	23
	Lambayeque	1	2							12
										35
Lima	Ucayali	2	0	26 y 27 Nov	Mario Nakama	Lucila Escarcena	Milagros Uculmana F. (Residente Lima)	V. Vargas/L. Tavera	B. Gil./C. García/J. Aparcana/H. Huamaní	8
	Ica	5	2							25
	Ayacucho	6	0							21
										54
Lima	Lima Sur	4	0	4 y 5 Dic	Mario Nakama /Luz María Garrido	Gloria Bazalar	J. Quispe L. / Yolanda Waldo (Residentes Lima)	V. Vargas/R. Mosqueira/L. Tavera		14
	Lima Este	2	0							7
	Callao	1	1							8
	Lima Ciudad	2	0							9
										38
Lima	Lima Región	4	2	Lun 13 y Mar 14 Dic	Luz Garrido	Liz Ampudia	J. Quispe L. / Yolanda Waldo (Residentes Lima)	V. Vargas / L. Tavera /R. Mosqueira		26
										26
Huánuco	Huánuco	3	2	Sab 18 y Dom 19 Dic	Luz Garrido/M. Nakama	Gladys Estacio (Hnco)	Alan Laus (Res. Huánuco)/ Miguel Anaya (Res. Pasco)	L. Desulovich / L. Tavera	M. Salcedo / J. Santamaría	21
	Pasco	2	1							13
										34
Pto Mald	Madre de Dios	1	1	Vie 21 y Sab 22 Ene 2011	Luz Garrido	Rosario Paredes (MdD)		L. Tavera		7
										7
		97	21							471

Annex No. 13: Integrated Immunizations Information System (SIII) Audit Final Report

PROGRAMA UMBRAL DE INMUNIZACIONES

“PLAN DE MEJORA DE CADENA DE SUMINISTRO DE VACUNAS DEL MINSA”

Nivel Nacional y Regional

Dr. Hernán García Cabrera

Dra. Cecilia Lengua Hinojosa

Diciembre 04, 2010

Abreviaturas

DGSP: Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud

DIGEMID: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

DGE: Dirección General de Epidemiología

DESP: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas en la Región

DIREMID: Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas

DIRESA: Dirección Regional de Salud

DISA: Dirección de Salud (Dirección sub-regional)

ESNI: Estrategia Nacional de Inmunizaciones

ESRI: Estrategia Regional de Inmunizaciones

ESAVI: Evento supuestamente atribuido a vacunación o inmunización

ICI: Informe de Consumo Integrado

SISMED: Sistema Nacional de Medicamentos

UE: Unidad Ejecutora, referida a las oficinas de la DIRESA, Red y MR MCC

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

Contenido

1. Introducción.	04
2.. Antecedentes	05- 06
3. Metodología	07 – 08
4. Análisis Situacional	09 – 17
4.1. Marco de Referencia	09 – 12
4.2 Diagnostico a Nivel Nacional	13 – 15
4.3 Diagnostico a Nivel Regional	17 - 18
5. Plan de Mejora	19 - 29
5.1 Descripción de intervenciones a nivel nacional	19 -22
5.2 Descripción de intervenciones a nivel Regional	23- 24
5.1 Matriz del Plan de Mejora a nivel Nacional	25 -28
5.2 Matriz de Plan de Mejora a Nivel Regional	29

INTRODUCCIÓN

La Inmunización de los niños, utilizando el Esquema Básico recomendado por OMS, es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad; actualmente se dispone de un amplio número de vacunas que son seguras y efectivas, propiedades que, sin embargo, no son suficientes para garantizar la eficiencia de los programas de vacunación; pues es imprescindible que sean accesibles a la población objetivo y además lleguen en perfecto estado de conservación, de forma que se podría garantizar tanto su inmunogenicidad como su eficacia protectora.

El Programa Umbral de Inmunizaciones tiene por objeto fortalecer la gestión de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud (MINSA) tanto a nivel nacional, regional como local, poniendo énfasis en los sistemas claves que permitan al país mantener en forma sostenida niveles altos de cobertura en inmunizaciones; como fortaleciendo la estrategia de los equipos itinerantes de atención integral de salud en poblaciones dispersas y excluidas (AISPED).

Dentro de las metas específicas del Programa, el segundo componente solicitado por la Estrategia de Inmunizaciones, estuvo relacionado a “Fortalecer los Sistemas de Gerencia y Logística de Inmunizaciones”, por lo que viene apoyando a través de la elaboración de un estudio técnico denominado “Análisis del Proceso Logístico de las Vacunas en el sector Salud en sus diferentes Niveles”.

En los últimos 5 años el Sistema de Inmunización del país, ha tenido importantes cambios en los aspectos administrativos, programáticos y de inversión; en su organización de ser un Programa vertical autónomo actualmente es una Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones creada en el 2004 quien diseña y norma los procesos correspondiente, y que para el caso del sistema logístico de un modelo vertical pasó a ser parte de un sistema logístico integrado encargado a la Dirección General de Insumos y Drogas (DIGEMID) y la Oficina General de Administración (OGA) hasta fines del 2009, para el presente año, se ha creado la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES) quien se encargará de la programación, adquisición, almacenamiento y distribución de recursos entre ellos las vacunas. En los aspectos programáticos, se ha modificado el Esquema Básico con Nuevas vacunas en el Calendario de forma sistematizada, y en la formulación de su presupuesto ha sido incluido desde este año en el esquema de Presupuesto por Resultados con un importante crecimiento exponencial de asignación de asignación de recursos; así como una importante inversión en equipos de Cadena de Frío.

El estudio revisó la Cadena de Suministro de vacunas en el País, características de su funcionamiento en sus diferentes niveles considerando el marco de la Descentralización, así como rasgos de su desempeño y efectos; detectados en entrevistas y evidencia documentaria, realizadas en Unidades de la Sede Central del Ministerio de Salud y las Direcciones de Salud de Callao, San Martin, Amazonas, Cuzco, Ayacucho, Huancavelica y Ayacucho.

Los resultados se discutieron en diferentes Talleres de trabajo con los actores, que mediante el análisis y consenso han permitido la elaboración del presente Plan de Mejora de la Cadena de Suministro de Vacunas

II. ANTECEDENTES

El presente Plan de Mejora se viene desarrollando en el marco del componente b) del Programa Umbral Inmunizaciones, que viene apoyando a través de la elaboración de un estudio técnico denominado "Análisis del Proceso Logístico de las Vacunas en el sector Salud en sus diferentes Niveles".

El primer producto, consistió en la elaboración del **"Diagnostico del Suministro de Vacunas a Nivel Nacional y Regional",** en el que se **i**ncorpora el marco de referencia sobre las inmunizaciones y su proceso logístico, el análisis situacional como resultado de las visitas y entrevistas realizadas en la Sede Central del Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud Callao, y las Direcciones de Salud de San Martin, Amazonas, Cuzco, Ayacucho, Huancavelica, Ica y Ayacucho.

A partir de la problemática detectada, se realizo el análisis y priorización de formulando un segundo producto denominado "**Propuesta de Mejoras a la cadena de Suministro"**, realizando un análisis comparativo, tomando como patrón de referencia otros Sistemas de Salud de la Región; incluyendo recomendaciones de cambios en los diferentes niveles de conducción.

El tercer producto estuvo orientado a diseñar los diferentes instrumentos para la "**Conducción de Taller Final para obtener acuerdos y compromisos",** como son el Programa del Taller, la Guía Metodológica del Taller y la presentación del Diagnostico y Propuestas de Mejora en relación al Proceso Logístico de las Vacunas en el sector salud en sus diferentes niveles.

Así mismo; previos al Taller de Final se realizaron una serie de **Reuniones técnicas para difusión y generación de conclusiones en diferentes niveles (local, regional y nacional)** con los diversos actores que participan en el proceso para poner en conocimiento los resultados de la consultoría y lograr compromiso para la implementación de las mejoras propuestas previas al desarrollo del Taller Final para obtener Acuerdos y compromisos. (Quinto producto).

El cuarto producto consistió en la presentación de los resultados del **"Taller de Acuerdos y compromisos"** donde se contó con la participación de los funcionarios y representantes de la diferentes unidades orgánicas del nivel central que participan en el procesos de planificación, organización, suministro y almacenamiento d la vacunas en los diversos niveles de gestión nacional, regional y local.

Un quinto producto de la presente consultoría fue la realización de un conjunto de Reuniones Técnicas previas al Segundo Taller de Trabajo con el propósito de difundir los primeros resultados encontrados en el Análisis del Proceso Logístico de las Vacunas y a la vez sensibilizar y comprometer a los funcionarios responsables de las unidades orgánicas del MINSA que participan este importante proceso técnico.

Con los resultados del primer taller se llevo a cabo un **Segundo Taller para la Definición de Productos, Responsables, Prioridades y Cronograma de actividades del Plan de Mejora.** (Sexto Producto).

Como corolario del trabajo realizado en la elaboración de los diferentes productos se ha formulado una "**Propuesta del Plan de Mejora del Proceso Logístico de Vacunas a Nivel Nacional"** consolidado en el Séptimo producto de la presente consultoría.

Posteriormente se ha convocado a los Responsables Regionales de Área de Logística, Almacenes de Cadena de Frio, DIREMID, Estrategia Regional de Vacunas y del Área de Salud Integral de la Dirección Regional de Salud Callao, y las Direcciones de Salud de San Martin, Amazonas, Cuzco, Ayacucho, Huancavelica, Ica y Ayacucho y los representantes de la Sede central involucrados en el proceso logístico de vacunas a un **Taller Macro Regional** con el propósito de: i) Difundir y analizar el marco conceptual y diagnostico situacional de la cadena de Suministro a nivel central del MINSA, así como sus principales propuestas de mejora y ii) Evaluar la logística de vacunas y la utilización de las mismas en el nivel regional. (Octavo producto)

III. METODOLOGÍA

Se exponen a continuación los principales instrumentos utilizados y en unos casos adaptados a la necesidad, para la construcción del documento

1. **Análisis de Involucrados**.

   Se identificó entre la Consultoría y el Programa Umbral los principales actores que participaban en la Cadena de Suministro de vacunas, sus principales funciones y roles así como percepción de relaciones e influencia en la dentro de la organización.

2. **Análisis Legal y Regulatorio de Inmunizaciones**

   Consistió en revisar los principales documentos existentes relacionados como

   - Ley General de Vacunas, Reglamento de Organización y Funciones del MINSA y sus modificatorias, Normas y Directivas vigentes de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, Reglamentos de Organización de las Regiones visitadas.

   - Revisión y análisis de Políticas, Normas, Directrices, estadísticas y reportes de Inmunizaciones de la OMS, OPS, UNICEF concretamente las relacionadas a la Cadena de Suministro de vacunas y materiales.

3. **Análisis comparado de Sistemas de salud.**

   Se revisaron las políticas, organización y marcos regulatorios de Sistemas de Inmunización de países de la Región como Chile y Colombia así como España, Reino Unido y USA.

4. **Entrevistas a fondo con funcionarios clave**

   Se adaptó el documento de evaluación de Programa de Inmunizaciones de OPS para realizar entrevistas a funcionarios del Sede Central en el siguiente orden:
   - Estrategia Nacional de Inmunizaciones
   - Oficina de Planificación y presupuesto
   - Oficina General de Epidemiología
   - Ex Oficina de Recursos Estratégicos
   -

   Se solicitaron y obtuvieron documentos de trabajo que evidenciaban los puntos de procesos de trabajo realizados como la Planificación, Programación Presupuesto y Adquisición de vacunas.

   A nivel Regional se visito las Direcciones de Salud de Callao, San Martin, Amazonas, Cuzco, Ayacucho, Huancavelica e Ica y se realizaron entrevistas con los siguientes funcionarios:

   - Dirección Regional de Salud
   - Dirección ejecutiva de Salud Integral
   - Estrategia Regional de Inmunizaciones

- Dirección Regional de Medicamentos Insumos y drogas.
- Encargados de almacenes de vacunas, Técnicos de cadena de frío

Se tomó la Región San Martín de referente estándar en base a algunos elementos como, el compromiso político y liderazgo, la capacidad para proveer y conducir los servicios de inmunización, la promoción y coordinación sectorial e interinstitucional en forma más eficiente

En estos lugares se ha recopilado de información partiendo de la observación y documentado las evidencias de problemas detectados en los aspectos de planificación, programación y operatividad en Inmunizaciones.

5. Visitas de Campo y Levantamiento de Procesos.

Se visitaron en el nivel central y regional los almacenes y áreas de trabajo de los encargados de la Estrategia de Inmunizaciones, realizando un levantamiento de procesos así como de tiempos y movimientos de las tareas y actividades realizadas para la Inspección, Almacenamiento y Distribución de vacunas.

Así mismo se revisaron los componentes de Cadena de Frío y detalles de la seguridad en la conservación de vacunas.

Se tomaron vistas a los ambientes de trabajo y fotocopia de los documentos administrativos utilizados así como base de datos del suministro.

6. Revisión documentaria

Se analizaron y ordenaron los documentos administrativos, comunicaciones, planes, programaciones, órdenes de compra, envíos, actas de recepción guías, pecosas de entregas, Informes estadísticos y otros utilizados en los diferentes puntos de la Cadena de Suministro.

7. Talleres de trabajo.

La difusión de la información generada así como los hallazgos se expusieron y analizaron en Talleres de trabajo y consenso en el que participaron los principales involucrados.

IV ANÁLISIS SITUACIONAL

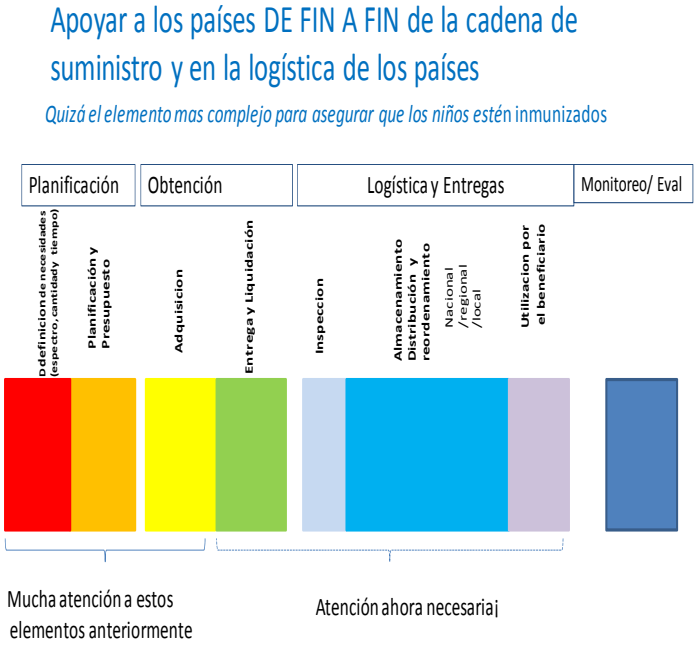
IV. 1 MARCO DE REFERENCIA

IV. 1 .1 MODELO DE ANALISIS:

Se utilizó el Marco de referencia de UNICEF para fijar los puntos del proceso, donde la cadena de suministro es vista como una red integrada por nodos o puntos específicos interceptados entre sí, en donde estos nodos representan áreas físicas dentro de la organización como almacenes, transportes a través de los cuales se genera el flujo de las vacunas.

Aunada a esta red interna se asocian los nodos externos correspondientes a las Regiones como puntos de entrega, cerrando de esta forma un ciclo en la red logística

Es importante distinguir que a esta red de flujo de vacunas y materiales tiene integrado paralelamente otra **red de información** que está basada en pedidos generados al proveedor en este caso OPS, niveles de inventario, plazos de entrega, costos, contabilización de presupuesto, pagos, estadísticas, en donde cada uno de estos representan los nodos de la red de información, los cuales se encuentran respaldados por documentos en papel o procesamiento de información contenida en ordenadores o servidores que muestran información como facturas, remisiones, reportes, cheques, pecosas, guías, etc.



IV.1.2 Fase de Planificación:

Esta fase comprende la selección y programación de los requerimientos y la fase de financiamiento.

IV.1.2.1 Selección y Programación

La Selección, consiste en definir las vacunas que se van a necesitar, en general responden al Esquema o Calendario de Vacunas (espectro de vacunas) y los Criterios de Programación (cantidad y momento) que emiten los Programas para el caso de nuestro país la ESNI. Para el grupo de menores de un año de 6 tipos de vacuna en el 2005 (BCG,HVB.Penta,VOP,SPR, AMA) se han pasado a 9 (anteriores + Neumococo, Influenza, Rotavirus)

La Estimación y programación para la adquisición puede estar: basada en datos numéricos, la que depende de la información de consumo histórico así como también datos demográficos, de morbilidad y de planificación de programas para generar proyecciones de corto y mediano plazo, con el fin de determinar las necesidades de adquisición y ver las opciones de financiamiento. El paso siguiente es cuantificar las cantidades reales a adquirir, considerando las cantidades en existencia y los desperdicios, las cantidades adicionales necesarias para garantizar niveles adecuados de existencias y existencias de respaldo

IV.1.2.2. Financiamiento y Presupuesto

Según OMS, los países en desarrollo han dependido tradicionalmente, de la financiación de donantes para iniciar sus servicios de inmunización, conforme han pasado los años en América Latina y el Caribe (ALC) 72% de los países informaron de que eran autosuficientes en la financiación de la vacuna, pero la mayoría aún dependían para actividades de apoyo como la formación, vigilancia de enfermedades, equipo de cadena de frío y mantenimiento, supervisión, y la movilización social. (6)
La descentralización y sus efectos sobre los servicios de inmunización son diferentes en general se acompaña de una reorganización de mecanismos financieros. Según la literatura, algunas de las consecuencias negativas de la tendencia hacia la descentralización de la prestación de servicios de salud en los sistemas de implicando a los gobiernos locales en la determinación de cómo gastar los fondos.

IV.1.3. Adquisición

La Adquisición, es la compra a los fabricantes de las vacunas seleccionadas en el Esquema de Inmunizaciones aprobado, el objetivo de esta fase es adquirir las vacunas necesarias, de calidad y costos razonables.

En nuestro país esta actividad está centralizada y se realiza a través de OPS, quien realiza las compras a proveedores internacionales. El Fondo Rotatorio mediante su línea financiera, proporciona una línea de crédito a los países facilitándoles los pedidos de vacunas, quienes tienen la opción de poder pagar en moneda local, el requisito en que los países paguen sus facturas dentro de un periodo de 60 días; los que no cumplan con este requisito, no pueden cursar pedido hasta que hayan satisfecho todas las cantidades que tengan pendientes de pago.

IV.1.4 Inspección

Siendo las vacunas adquiridas por el FR a proveedores internacionales, siempre deben viajar por la ruta más directa, su llegada en general al aeropuerto que tiene instalaciones de almacén frigorífico se realiza previa notificación al país.

Se acompaña de una documentación que contiene una información estandarizada así como de una inspección de las vacunas a su llegada a los almacenes frigoríficos, la que se lleva a cabo para asegurar la calidad de las vacunas en el punto de despacho y provee indicadores para monitorear la entrega. Así mismo, se realiza la identificación de la vacuna que contempla la verificación del tipo, fabricante, lote y caducidad, esta actividad incluye el proceso de desaduanaje de la vacuna.

Debido a la sensibilidad de las vacunas a la temperatura, todas las medidas durante el transporte y almacenaje deben ser diseñados para mantener la cadena de frío y evitar daños y pérdidas.

En general se recomienda usar una Lista de Verificación para revisar y evaluar la documentación de la Condición de un envío, como la apertura y examen de los contenedores de transporte y sus contenidos para control de la temperatura dispositivo / indicadores y cualquier signo de daño físico.

IV.1.5 Almacenamiento

El almacenamiento de las vacunas tiene como objetivos: a) mantener un suministro constante, b) mantener las vacunas en buenas condiciones, c) minimizar las pérdidas y d) Mantener inventarios actualizados

IV.1.6. Distribución

La Distribución, consiste en despachar las vacunas desde los organismos de adquisición hasta los consumidores, sus objetivos son permitir que los usuarios tengan acceso a las vacunas. Las vacunas nuevas también necesitan se extienda la logística del transporte, lo que puede incluir mas vehículos y gasolina, rutas adicionales, y entregas más frecuentes.

Debido a la sensibilidad de las vacunas a la temperatura, todas las medidas durante el transporte y almacenaje deben ser diseñados para mantener la cadena de frío y evitar daños y pérdidas. Debe darse una

inspección de las vacunas a su llegada a los almacenes frigoríficos para asegurar su calidad en el punto de entrega y proporcionar indicadores para el seguimiento del desempeño de ellas.

IV.2 DIAGNOSTICO

NIVEL NACIONAL

Planificación: Selección y Programación

- Los cambios en el Esquema o Calendario de vacunaciones en los últimos 2 años con la introducción de Nuevas vacunas para ser aplicadas en forma sistemática; se evidencia que la cadena de Suministro incluyendo la cadena de frío, no ha sido acondicionada previamente para cubrir las demandas que se han generado como mayores capacidades de volumen, personas , tecnología, etc.
- Los Criterios de programación toman como base los Registro Numéricos que no contribuyen a mejorar los niveles de precisión para un adecuado suministro.

- La programación central de la ESNI no solo consolida, sino que ajusta los cuadros de necesidades calculados en forma empírica y no guardan relación con la real necesidad de las Regiones, evidenciándose a través de las cartas de sobre stock, de falta de aprovisionamiento y pérdidas de vacunas.

- El planeamiento logístico de las Regiones no cuenta con estrategias de reaprovisionamiento o redistribución y de modelos matemáticos de reposición de stocks, no utiliza indicadores de gestión logística adecuados para el suministro de vacunas.

Organización

- La organización de la ESNI principal actor de las decisiones logísticas centrales, como preparación de cuadro de compras y cuadros de distribución de vacunas, equipos etc. en la sede central del MINSA, no constituye una Unidad Orgánica de línea que dependa de la estructura orgánica que realice las funciones y actividades de Salud Pública, diferenciada de las de Salud individual a las que pertenece.

- En el manejo de la autoridad, se aprecia que la Descentralización con la responsabilidad delegada a las Regiones, no está garantizando un alineamiento en la toma de decisiones e importancia. Esto se evidencia en el caso de la adquisición de Cámaras de Frío (54) y que sólo estén instaladas en 3 Regiones (Lima, Cuzco, Callao) en 2 años.

- La centralización de la logística de los ex Programas verticales, en la administración de almacenes son las DIREMID en las Regiones, quienes cumplen otras funciones y no son necesariamente calificados en conceptos y procedimientos logísticos; por lo que el apoyo del sistema logístico a los servicios es técnicamente limitado. Una evidencia es que los almacenes de frío de las Regiones ubicados en lugares separados al almacén de DIREMID no tienen conexión al SISMED, el personal de estos ambientes depende en unos casos de la ESRI y en otros de DIREMID, y con el cambio DARES, por ej. en Huancavelica tanto la encargada de ESNI y DIREMID comentaban no estar a cargo del almacén de vacunas.

Presupuesto

- Se otorga con anterioridad a la Planificación de actividades, ya que el envío a OPS del requerimiento es en Julio y el proceso de Planificación regular con aprobación del pliego presupuestal por el MEF culmina en Diciembre.

- Los criterios o análisis técnicos sólo están referidos a que el Calendario de vacunas esté aprobado así como los Criterios de Programación, ante el crecimiento exponencial del Presupuesto asignado no se mostraron evaluaciones de asignación de recursos a nivel de las diferentes Estrategias, Prioridades Nacionales o Regiones.

- Sobre la sostenibilidad financiera futura aparentemente está garantizado por haber sido incluido en el Programa de Presupuesto por Resultados del MEF.

Adquisiciones

- El desempeño de la adquisición por el Fondo Rotatorio es quizá una de las grandes debilidades identificadas en la cadena de suministro, esto es más preocupante cuando el país no goza de crédito (principio del fondo) pues efectúa los pagos adelantados.

- El doble rol de OPS como representante del FR y ser quizá el más importante actor de la cooperación técnica para la ESNI (Miembro permanente del Comité Asesor) diluye los mecanismos de presión ante el bajo desempeño sobre la oportunidad en la entrega de los vacunas.

Inspección

- Parte de los problemas están relacionados a las capacidades del almacén que puede retrasar la salida de Aduanas, aunque el almacén central ya tiene 2 nuevas cámaras instaladas en el almacén alquilado.

- Las entregas de vacunas y las garantías sobre la Cadena de frío se evidencian y quedan registros por los dispositivos que utilizan.

- Un factor que también retrasa o es una barrera, es el que los proveedores cuenten con Registro Sanitario y que frecuentemente personal de ex ORE está dedicado exclusivamente a coordinar y desarrollar el proceso.

- En las Regiones la inspección de la llegada de Vacunas sólo en San Martín tiene un proceso definido a cargo de la QF de DIREMID que realiza una evaluación técnica y de datos de la Vacuna.

Almacenamiento

- El nivel central no cuenta con instalación propia, el almacén de vacunas funciona dentro de otro Almacén por lo que el desarrollo de sus actividades no tienen independencia total.

- Es preocupante que en este lugar se hayan instalado cámaras nuevas de propiedad del MINSA, indicativo que la permanencia de esta situación no es de corto plazo, por lo que los costos son incrementales y las mejoras que ameritan probablemente limitadas.

- En las Regiones visitadas existe una inadecuada infraestructura física en los lugares de almacenamiento, salvo Cuzco, lo que se puede apreciar en las imágenes de la visita, el tamaño físico la no instalación de las cámaras, la carencia de medios y equipos para el cumplimiento de la Misión de los almacenes representa una seria preocupación.

- Los Registros de Cadena de frío no son continuos en el nivel central están confiados a los sistemas digitales de control, que a diferencia de las Regiones es más estricto el cumplimiento.

- Normalmente realizan sus operaciones de ingresos, almacenamiento y despacho, con el uso del kárdex y en forma paralela con procedimientos mecanizados que están en los almacenes de DIREMID, y para el nivel central igual los procedimientos mecanizados se deben llevar al Almacén de la Av. Venezuela.

- El Almacén de la Sede Central, actúa en muchos casos como custodio de las vacunas de las regiones, por tanto, no se logra mantener integrado un stock único de almacén.

- El uso de técnicas de planeamiento y control de inventarios se realiza una vez al año para fines de contabilidad al ser ajen al sistema logístico, no se tiene políticas definidas, procedimientos, ni estrategias de aplicación, menos modelos matemáticos de cuantificación que permitan apreciar su comportamiento y establecer los mecanismos de retroalimentación necesarios para la estabilización de los procesos.

Distribución y Transporte

- Es tercerizado a una empresa por el nivel central. Para la distribución Regional, las entregas no tienen registro específico de la Cadena de Frío.

- No hay un programa de entregas pues depende de la llegada de vacunas de cuya oportunidad ya se reflejó. En el nivel central se construye cada vez que llegan las vacunas según cuadro de la ESNI, lo que implica no tener procedimientos definidos técnicamente. Algunas Regiones tienen un calendario de distribución pero deja de ser consistente cuando la oportunidad está afectada.

- Los empaques de vacuna no se pesan, ni se miden en el nivel central, esta medición aparece registrada en la documentación obtenida a nivel Regional a cuyo registro es realizado por la empresa de transportes.

- Normalmente en la Regiones es el personal de los establecimientos de salud o micro redes quienes recogen sus vacunas e insumos (existen casos que requieren de viáticos y movilidad); muy pocos contratan servicios por lo que la oportunidad de la llegada se ve más afectada.

Indicadores Logísticos

- Precisión de los datos logísticos con fines de gestión del inventario.

- La precisión de datos dado que se cargan en Sistema electrónico y están respaldados en documentos administrativos como Guías y pecosas, están presentes solo hasta el nivel Regional. El nivel de uso de la parte local no se supervisa ni retroalimenta el SISMED.

- Porcentaje de establecimientos que reciben las cantidades de productos pedidos. El Total de Regiones en el 2009 en general, recibieron por debajo de lo solicitado en algunas vacunas y en otras como las nuevas vacunas por encima de lo solicitado. Se cruzó las programaciones enviadas por las Regiones frente a todos los envíos recepcionados y registrados en el SISMED para el año 2009.

- Porcentaje de establecimientos que mantienen condiciones aceptables de almacenamiento. De 6 visitados 2 (33%).

- Porcentaje de establecimientos cuyos niveles de existencias garantizan la disponibilidad del producto en el corto plazo (situación de existencias).

- Porcentaje de establecimientos que experimentaron desabastecimiento en algún momento durante un período dado o al momento de la visita. De 6 visitados TODOS (100%)

IV.3 DIAGNOSTICO REGIONAL

Organización

- La organización de la ESRI constituye una actividad funcional en la Región que no depende de la lógica de actividades de Salud Pública, diferenciada de las de Salud individual a las que pertenece.

- En el manejo de la autoridad, se aprecia que la Descentralización con la responsabilidad delegada a las Regiones, no esta garantizando un alineamiento en la toma de decisiones e importancia como se evidencia en la adquisición de Cámaras de Frío (54) y que sólo estén instaladas en 3 Regiones (Lima, Cusco, Callao) en 2 años, siendo preocupante la situación de Huancavelica.

- La administración de almacenes bajo la DIREMID en las Regiones, cumplen otras funciones y laboran físicamente en otros ambientes, los que no son necesariamente calificados en conceptos y procedimientos logísticos; por lo que el apoyo al sistema de inmunizaciones es limitado y si bien, han sido capacitados en Cadena de Frío no supervisan el almacén de vacunas que lo manejan los técnicos.

Selección y Programación

- Los esfuerzos de planificación de las Regiones tienen al parecer una ejecución real para elaborar el Cuadro de Requerimiento de la ESNI a OPS, pero las irregularidades en el abastecimiento generan reprogramaciones continuas.

- El cambio en el Esquema o Calendario de vacunaciones en los últimos 2 años con la introducción de Nuevas vacunas para ser aplicadas en forma sistemática, frente a la cadena de Suministro incluyendo la cadena de frío no acondicionada previamente para las demandas, han generado falta de capacidad en almacenaje Regional.

- La programación central de la ESNI no solo consolida, sino que ajusta los cuadros de necesidades calculados en forma empírica y que no guardan relación con la real necesidad de las Regiones, evidenciado en las cartas de sobreestock, de falta de aprovisionamiento y pérdidas de vacunas.

- El planeamiento logístico de las Regiones no cuenta con estrategias de reaprovisionamiento o redistribución y de modelos matemáticos de reposición de stocks, menos utiliza indicadores.

Presupuesto Regional.

- No se dispone de información sobre el Gasto Operativo de las Regiones para la ejecución de la ESRI.

Inspección

- Las entregas de vacunas y las garantías sobre la Cadena de frío a las Regiones no tienen evidencias de registros que respalden las Actas de conformidad.

- Sólo en la región San Martín hay un proceso definido a cargo de la QF de DIREMID, que realiza una evaluación técnica y de datos de la Vacuna.

Almacenamiento Regional

- Las Regiones visitadas salvo Cusco, tienen una inadecuada infraestructura física en los lugares de almacenamiento, que se aprecia en las imágenes de la visita, el tamaño físico, la no instalación de las cámaras, la carencia de medios y equipos para el cumplimiento de la Misión de los almacenes representa una seria preocupación.

- Los Registros diarios de temperatura en los equipos de almacenamiento de vacunas de las Regiones se cumplen.

- Las operaciones de ingresos, almacenamiento y despacho, utilizan un kárdex y en forma paralela registros mecanizados que llevan los almacenes de cadena de vacunas y el SISMED que utilizan la DIREMID.

- No se utilizan indicadores logísticos para evaluar el desempeño de la Cadena de Suministro.

Distribución y Transporte

- Las Regiones cuentan con un calendario de distribución mensual, pero deja de ser consistente cuando la oportunidad del aprovisionamiento está afectada.

- El sistema de distribución no es uniforme en la Regiones, los mismos usuarios recogen sus bienes (que requieren de viáticos y movilidad las zonas distantes); y pocos contratan servicios, por lo que la oportunidad de los envíos se afecta

V. PLAN DE MEJORA

V.1 DESCRIPCION DE LAS INTERVENCIONES A NIVEL NACIONAL

1. MANTENER EL ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN ACTUAL- ESTABLECER CRITERIOS INTRODUCCION NUEVAS VACUNAS.

El calendario o esquema de Inmunizaciones sistematizada para el país, en los últimos 4 años ha sufrido modificaciones anuales en:

- El Nº de Vacunas,
- La frecuencia de aplicaciones.
- Ampliación a otros grupos etarios.

La intervención es mantener y estabilizar el esquema adoptado.
Sobre los criterios de introducción de vacunas nuevas, se han recomendado a los países establecer los antes de su incorporación como:

Aspectos políticos y Técnicos

- Carga de Enfermedad
- Eficacia Calidad y seguridad de nuevas vacunas
- Evaluación otras intervenciones incluidas las vacunas
- Criterios económicos y financieros

Aspectos programáticos y de factibilidad

Evaluación previa, pues las nuevas vacunas afectan el funcionamiento, la logística, los suministros, el desempeño y otros aspectos del programa de inmunización.

- Característica de presentación vacunas
- Oferta de vacuna
- Desempeño del Programa de inmunización del país

2. PLAN QUINQUENAL DEL SISTEMA INMUNIZACIONES

Disponer de este instrumento permite definir metas a largo plazo basadas en las prioridades nacionales de salud, procura dar dirección al programa y se desarrolla como producto de las evaluaciones periódicas de las Inmunizaciones, sobresalen las características de ser, una herramienta de negociación, flexible, y facilitar la coordinación interinstitucional, intersectorial e interagencial. El plan estratégico debe incluir otros servicios de salud, la comunidad y otros actores sociales.

3. REGISTRO NOMINAL

La Estimación y programación de vacunas para la adquisición puede estar: basada en datos numéricos, (que depende de la información de consumo histórico, datos demográficos, morbilidad y criterios de planificación) o registros nominales que es una potente herramienta en la gestión dentro de la Salud Pública ya que es de gran utilidad para identificar tanto a las personas correctamente vacunadas como a las que no lo están, y en consecuencia poder

elaborarse estrategias de captación de estas personas o colectivos mal vacunados.

La generación de proyecciones de corto y mediano plazo, determinan las necesidades de adquisición y ver las opciones de financiamiento.

4. **DISPONER DE de ESTUDIOS CARGA ENFERMEDAD - PRIORIZAR PATOLOGIAS A INTERVENIR**

Permite contar con datos de incidencia, prevalencia, discapacidad, hospitalizaciones y mortalidad causadas por el agente que produce la enfermedad en la población y en la zona o región geográfica donde se desea introducir la vacuna. Actualmente se dispone de estudios de Carga de Enfermedad, sin embargo los niveles de precisión referidos al agente no se consignan.

Estudios de Costo Efectividad de cada Vacuna.

Es, fundamental evaluar los costos y beneficios de las nuevas vacunas por medio de análisis económicos, de impacto en el presupuesto nacional y de sostenibilidad financiera. La innovación tecnológica es responsable de más del 50% del aumento de los costos sanitarios y las nuevas vacunas no son ajenas a ello. Los países utilizan organizaciones que realizan el análisis de costo-efectividad , que es el método más utilizado para ayudar a tomar decisiones, ya que permite comparar los costos y la efectividad de dos o más intervenciones, estos estudios requieren no sólo información de costos del sistema de salud, sino de personal especializado en Economía de la Salud, una reciente revisión de INHATA mostró que en Sudamérica sólo 3 países de la región desarrollan estos estudios , Brasil, Chile y Argentina.

Criterios para asignar Recursos Salud Publica

Establecer criterios de asignación de recursos para las intervenciones de salud pública como indicadores de desempeño, comportamiento histórico, poblaciones afectadas o grupos vulnerables etc. Estos criterios pueden mejorar la calidad del gasto así como la transparencia y equidad en su distribución.

5. **LOGISTICA CADENA FRIO: DIAGNOSTICO DE LA CAAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO.**

Disponer de información sobre la disponibilidad de espacio en el almacenamiento y de cadena de frío en los niveles nacional, departamental/ local/e, incluso, en las salas de vacunación, pueden mejorar ajustes a la programación futura, y el diseño de un buen sistema de distribución. Se están terminando de instalar las Cámaras frías en las Regiones y todavía hay Centros que no cuentan con suministro de energía continúa en la localidad.

6. **ARTICULAR CRONOGRAMA DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO**

Se requiere articular la programación y asignación de presupuesto de las Estrategias, por lo que las modificaciones de las actividades técnico operativas de ellas no se afectan con el proceso de planificación sectorial, salvo en las cantidades por el presupuesto; por lo que el sector puede articular este espacio de planificación.

7. **MANUAL DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION VACUNAS POR NIVELES RESPONSABILIDAD.**

   Si bien existe una Norma, este producto requiere actualizar los aspectos programáticos con la suficiente flexibilidad de ajustes a las realidades locales de las Regiones

8. **POLITICAS Y ORGANIZACIÓN SISTEMA LOGISTICO SECTOR MINSA REGIONES SALUD y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.**

   La función logística del sector requiere un ordenamiento central y una mayor actividad reguladora de esta función para las Regiones. La organización y asignación de funciones en la Cadena de Suministro

9. **DOCUMENTOS TECNICOS SISTEMAS LOGISTICO: NORMAS DIRECTIVAS, MANUALES RECURSOS (VACUNAS MEDICAMENTOS MATERIALES).**

   Se propone formular, aprobar e implementar directivas que regulen el sistema logístico del sector en las direcciones regionales y microrredes. Articular los sistemas de información del SIGA y SISMED, facilitando el accesos a la información a todos la actores involucrados.

10. **IMPLEMENTACION REGULACION.**

    Se propone desarrollar una fase de implementación de las directivas y los procesos de suministro de productos asociados a la salud pública y los productos de salud individual.

11. **ORGANIZAR DARES.**

    Si bien se ha emitido una disposición ministerial creando este organismo, en la práctica no se ha implementado, manteniéndose las responsabilidades de los diferentes procesos logísticos en la OGA y DIGEMID (DIREMID en las Regiones).

    Se requiere definir precisiones de esta nueva implementación con un cronograma que disminuya la incertidumbre de las áreas sobre todo para los almacenes de vacunas en las Regiones.

12. **NUEVO CONVENIO OPS- NUEVO CONVENIO OPS-MODIF REGISTRO SANITARIO.**

    En febrero 2011 se debe renovar el Convenio con OPS para la adquisición de vacunas, en que se debe plantear cláusulas que corrijan la oportunidad del abastecimiento, y garantizar el cumplimiento sobre los problemas recurrentes de Registro Sanitario, disponibilidad oportuna de información técnica de biológicos adquiridos; el poder de negociación del país con el incremento sustantivo de las compras plantea un escenario favorable.

13. **NUEVO CONTRATO TRANSPORTE ESPECIALIZADO**

    Si bien la tendencia es el creciente uso de los transportistas privados y la contratación externa para la gestión del transporte, la contratación de transporte puede generar ahorros de costes y mejorar los servicios siempre que sean cuidadosamente elaborados los requerimientos.

14. PROYECTO INVERSION ALMACEN CENTRAL

Este producto debe tener seguimiento, a fin de contar con una infraestructura propia, los costos de alquiler de 2 años superan el monto de la inversión, con lo que el costo beneficio esta demostrado.

15. SISTEMA EVALUACION RESULTADOS DE LOGISTICA.

Se propone disponer de un sistema de evaluación de la actividad logística del sector, mediante indicadores de desempeño. En el marco de la descentralización el papel de rectoría comprende la definición de políticas y evaluación de los resultados.

16. ESTUDIO ALTERNATIVAS ADQUISICION VACUNAS

Los problemas de abastecimiento de las vacunas detectadas que afecta el suministro regular de biológicos y la experiencia países vecinos de la región en la adquisición autónoma (Chile, Colombia, Brasil) debiera evaluarse a fin de fortalecer las capacidades institucionales necesarias que a futuro permitan al país ejercer una mayor capacidad de obligación a los proveedores en el abastecimiento oportuno.

17. MANUALES ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION REGIONAL

Actualmente se dispone de un Manual de buenas prácticas de almacenamiento de DIGEMID y un Manual de Cadena de frío anterior a la introducción de nuevas vacunas, se propone disponer de un documento actualizado sobre la manipulación y almacenaje de la variedad de biológicos disponibles, y estandarizar en las Regiones los procesos de distribución.

V.2 DESCRIPCION DE LAS INTERVENCIONES A NIVEL REGIONAL

1. SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE ENTREGAS

Es vital contar con un sistema de información y control que nos permita contar con información actualizada y en línea que permita realizar un seguimiento y monitoreo permanente de los flujos de ingreso, abastecimiento, distribución y reaprovisionamiento de las diferentes vacunas que se requieren para cumplir con el programa de vacunación cada región.

2. DIAGNOSTICO DE LA CAPCIDAD INSTALADA DE CADENA DE FRIO

El disponer de información sobre la disponibilidad de espacio para el almacenamiento y capacidad de cadena de frío en los niveles regional y local d cada una de las Regiones e incluso, en las salas de vacunación, pueden mejorar la programación futura, y el diseño de un buen sistema de distribución. Se están terminando de instalar las Cámaras Frías en las Regiones y aun existen Centros Asistenciales que no cuentan con suministro de energía continúa en la localidad.

3. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN LOGISTICA

Se propone disponer de un sistema de evaluación de la actividad logística del sector, mediante indicadores de desempeño. En el marco de la descentralización el papel de rectoría comprende la definición de políticas y evaluación de los resultados.

4. INCORPORAR GASTOS OPERATIVOS DE GESTION EN EL PPR

Es conveniente que en cada Región de Salud a nivel nacional se incorpore en el Presupuesto por Resultados los gastos operativos que se originen por la gestión regional de las vacunas en los espacios geográficos de su responsabilidad para el año 2011 y en los siguientes ejercicios presupuestales para garantizar la distribución de los biológicos.

5. ESTANDARIZAR LA INSPECCIÓN REGIONAL

Se requiere contar con una la metodología, .instrumentos y procesos que estandaricen la función de inspección de las vacunas a nivel regional que permitan garantizar la viabilidad de los biológicos a que se aplican a la población beneficiaria.

6. PRIORIZAR LAS INVERSIONES / ELABORAR GUÍA DE ALMACENES DE VACUNAS POR NIVELES

Es de vital importancia priorizar las inversiones para fortalecer la infraestructura de los almacenes, equipamiento de refrigeración, cámaras de frio, grupos electrógenos y otros que permitan asegurar la efectividad de los biológicos utilizados en las inmunizaciones programadas.

7. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE VACUNAS

Un requerimiento importante es contar con un Sistema de Información Integral donde las diferentes unidades orgánicas que participan en los procesos para vacunar a la población beneficiaria, permitiendo una adecuada Gestión Logística de los biológicos e insumos requeridos para las inmunizaciones de la población.

8. DISPONER UN MINIMO SISTEMA DE TRANSPORTE REGIONAL

Un mecanismo que garantice la distribución y desplazamiento apropiado de las vacunas es contar con un sistema de transporte apropiado que asegure la conservación de las vacunas desde el Almacén de la Región hacia los diferentes establecimientos de las redes y microrredes.

9. DOCUMENTOS DE MANIPULACION Y CONSERVACION DE VACUNAS

Se propone formular, aprobar e implementar directivas sobre la manipulación y conservación de las vacunas acordes con las características y especificaciones técnicas de cada una de las vacunas en relación con la innovación y avances tecnológicos existentes.

10. ADQUISICION DE EQUIPOS MINIMOS

Es pertinente y al brevedad posible dotar a los centros asistenciales de los equipos mínimos para una adecuada vacunación a la población beneficiaria como son los caja térmicas, termos, sachets, termómetros de bastan, afiches de calendario de vacunas, formatos de registro de vacunas, carne de vacunación y en grupos electrógenos que garanticen la bio disponibilidad de los biológicos.

11. ESTANDIZAR EL MODELO DE SEGUIMIENTO DE COBERTURAS

Es conveniente estandarizarla metodología, instrumentos y tipo de registro que permita contar la información requerida para el seguimiento y monitoreo de la coberturas de los diferentes tipos de vacunas que se vienen aplicando en las regiones.

12. TRATAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS

Uno de producto a implementar es el contar con una norma que precise el tratamiento de los residuos sólidos originados por la vacunación de los usuarios y evitar posibles eventos adversos y contaminación del ambiente.

13. REORGANIZACION FUNCIONAL

Si bien se ha emitido una disposición ministerial creando el DARES, este organismo, en la práctica no se ha implementado, manteniéndose las responsabilidades de los diferentes procesos logísticos en la OGA y DIGEMID (DIREMID en las Regiones). Se requiere definir precisiones de esta nueva implementación con un cronograma que disminuya la incertidumbre de las áreas sobre todo para los almacenes de vacunas en las Regiones.

MATRIZ DL PLAN MEJORA A NIVEL NACIONAL

HALLAZGOS	PROBABLES CAUSAS		ACCIONES	PROPUESTA DE MEJORA	PRODUCTOS	INSTANCIAS INVOLUCRADAS DE APOYO	FECHA DE ENTREGA DE PROPUESTA DE MEJORA	PRIORIDAD
1.Programación y planificación inestable	1.1. Cambios permanentes en la normatividad.		* Asegurar continuidad de la normatividad y su adecuada implementación en los niveles operativos con la participación de los órganos competentes del MINSA * Sustentar con estudios técnicos la introducción de nuevas vacunas	Estudios basados en evidencias de enfermedades especificas inmunoprevenibles con alternativas de intervención de salud publica, incluyendo la evaluación económica	MANTENER EL ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN ACTUAL - ESTABLECER CRITERIOS INTRODUCCION NUEVAS VACUNAS	DGSP/DGE	Dic -11	1
	1.2 .Se dispone de Planificación anual de corto plazo aprobada.		Disponer de Planificación de largo plazo. * Lineamientos de Política a largo plazo específicos para Inmunizaciones * Fortalecer actores involucrados en la gestión de las Inmunizaciones, a nivel nacional y regional	Plan Quinquenal de necesidades con reajuste anuales	PLAN QUINQUENAL DEL SISTEMA INMUNIZACIONES	DGSP / OGPP	Abril -11	1
	1.3. Modificaciones anuales en esquemas y criterios de vacunación, basados en registros numéricos.		* Implementar el sistema integrado de registro nominal - SIII	Implementación del Registro Nominal de prestaciones a través del DNI	REGISTRO NOMINAL	DGE /DGSP	Ene -11	3
	1.4.Proceso acelerado de introducción de nuevas vacunas:	Estudios de carga de enfermedad no específicos	* Sustentar el Calendario de Vacunación con evidencia especifica en carga de enfermedad con estudios nacionales e internacionales. * Promover implementación e integración de medidas no farmacológicas	Norma técnica del proceso de incorporar nuevas vacunas y estandarizar los contenidos mínimos de los estudios de carga de enfermedad	DISPONER ESTUDIOS CARGA ENFERMEDAD-PRIORIZAR PATOLOGIAS A INTERVENIR ESTUDIOS DE COSTO	DGE / INS	Dic -11	2
		Priorización de la introducción de vacunas como única alternativa sanitaria						
		Estudio de evaluación económica parciales						
		Subestimación de requerimientos de recursos adicionales como recurso humanos, capacidades de almacenamiento, etc.	Evaluación real de la capacidad de almacenamiento y disponibilidad de recursos operativos asignados por las regiones para implementar los esquema regulares de vacunación.	Concluir el Análisis de necesidades de infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios a nivel central, regional y local (actualidad 50%)	LOGISTICA CADENA FRIO: DIAGNOSTICO CAPACIDAD ALMACENAMIENTO	OGA (DARES)	Dic -11	1
	1.5.Presupuesto para la adquisición de vacunas se formula previo al proceso de Planificación y programación.		Adelantar el proceso de planificación regional a la formulación del presupuesto para vacunas y transparentar proceso de asignación.	Manual de procedimientos para la planificación y programación de vacunas	ARTICULAR CRONOGRAMA DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO MANUAL DE PLANIFICACION Y	OGPP / DGSP	Dic -11	1

HALLAZGOS	PROBABLES CAUSAS	ACCIONES	PROPUESTA DE MEJORA	PRODUCTOS	INSTANCIAS INVOLUCRADAS DE APOYO	FECHA DE ENTREGA DE PROPUESTA DE MEJORA	PRIORIDAD
2.-Duplicidad en la administración de la Cadena de Suministro y Sistema Logístico.	2.1. Norma Técnica de Inmunizaciones Nº080- Planificación de recursos a cargo de Regiones- Comité Técnico de ESRI. ROF MINSA señala como planificador a DIGEMID-OGA. ESNI es una unidad funcional, que se constituido en el planificador del proceso. Se encuentra pendiente e implementación DARES.	Emitir políticas claras sobre funciones en la Cadena de Suministro y Proponer mejoras en el Sistema Logístico de Vacunas. Implementación de DARES. Articular la gestion logistica de Central, Regional y Local.	Formular, aprobar e implementar los Documentos de Gestion correspondientes, en conocrdancia con el proceso de descentralizacion	POLITICAS Y ORGANIZACIÓN SISTEMA LOGISTICO SECTOR MINSA REGIONES SALUD , ESTABLECIMIENTOS	OGA (DARES) / DIGEMID	Ene -11	**2**
	2.2. Almacén central administrado por OGA, almacén regional por DIREMID al que reporta almacén vacunas. Escasas articulacion de Direcciones de Medicametos y Direcciones de Salud de la Personas en los niveles regionales y locales. Duplicidad de informacion. Incumplimieto de la Directiva de SISMED en los niveles locales para el reporte de infomacion de consumo	Alinear Normas y Reglamentos sobre funciones y responsabilidades en la Cadena de Suministro integrado, en futura implementación DARES. Reedefinir las funciones logisticas de las diversas areas involucrdasa en la planificacion, programacion, almacenamiento y distribuccion de las vacunas	Formular, aprobar e implmentar directivas en las direccioes regionales y microrredes. Articular los sistemas de informacion del SIGA y SISMED, facilitando el accesos a la informaciona todos la actores involucrados.	DOCUMENTOS TECNICOS SISTEMAS LOGISTICO: NORMAS DIRECTIVAS, MANUALES RECURSOS (VACUNAS MEDICAMENTOS MATERIALES)	OGA (DARES)	Ene -11	**2**
	2.3. Limitada disponibilidad de tiempo y recursos humanos para la evaluación de la propuesta de políticas, funciones y responsabilidades definidas	Diferenciar políticas y procesos de suministros en productos asociados a la salud pública de los productos de la salud individual.	Implementar las directivas y los procesos de suministro de productos asociados a la salud publica y los productos de salud individual.	IMPLEMENTACION REGULACION	OGA (DARES) / DIGEMID	Dic -11	**2**

HALLAZGOS	PROBABLES CAUSAS		ACCIONES	PROPUESTA DE MEJORA	PRODUCTOS	INSTANCIAS INVOLUCRADAS DE APOYO	FECHA DE ENTREGA DE PROPUESTA DE MEJORA	PRIORIDAD
3.-Limitaciones en el manejo de la Gestión Logística.	3.1. Poca claridad en el rol del sistema logístico para el suministro de vacunas		* Impulsar la implementación de la DARES en el nivel nacional * Articulación del trabajo de las Direcciones de Medicamentos y Salud de las Personas en los niveles regionales y locales.	* Estandarizar los procedimientos, tanto en el nivel nacional como en el nivel regional	ORGANIZAR DARES	DVM / OGA (DARES)	Dic -10	3
	3.2. Dispersión de la función logística tercerizada, con bajo o inexistente control del desempeño por el nivel central en:	Adquisición- OPS	* Revision de las cláusulas contractuales del convenio con OPS y exigencia del cumplimiento de las responsabilidaddes que le corresponden * Incorporación de claúsulas de sanción ante el incumplimiento de oportunidad, costos, obtención de Registro Sanitario, etc.	Elaborar popuesta de nuevo Convenio con OPS mejorando las especificaciones tecnica Propuesta de estudio de evaluación de alternativas de adqusiciones para las vacunas	NUEVO CONVENIO OPS	OGA (DARES)	Ene -11	1
		Distribución –Empresa de Transporte	* Mejorar las condiciones de contrato con las empresas de transporte de vacuna del nivel central a la regiones * Estandarizar las exigencias del servicio de transporte del nivel regional al nivel local para la distribución de vacunas	Estandarizar las especificaciones tecnicas para contartar las empresas de transporte de vacunas Implementar mejoras tecnológicas para el control de la cadena de frio durante el transporte (Dataloger)	NUEVO CONTRATO TRANSPORTE ESPECILAIZADO	OGA (DARES)	Ene -11	2
		Almacén-Alquiler Contrato Cámaras.	* Contar con un Almacén Nacional propio, acreditado en BPA, con capacidad suficiente para el Manejo de la Cadena de Frio * Fortalecer los Almacenes Regionales para el manejo de la Cadena de Frio * Fortalecer la Capacidad Local para el manejo de la Cadena de Frio	Plan integrado para el fortalecimiento del manejo de la cadena de frio, tanto en el nivel nacional, regional y local (fortalecimiento de recursos físicos y personal).	PROYECTO INVERSION ALMACEN CENTRAL	OGPP / OGA (DARES)	Ene -11	4
	3.3. Uso limitado de indicadores de Gestión Logística.		Implementación de indicadores especificos para la gestión logística en inmunizaciones, tanto para el nivel nacional, regional y local	Elaborar la directiva de implementación de indicadores de gestión logística en inmunizaciones	SISTEMA EVALUACION RESULTADOS DE LOGISTICA	OGA	Dic -10	3

HALLAZGOS	PROBABLES CAUSAS	ACCIONES	PROPUESTA DE MEJORA	PRODUCTOS	INSTANCIAS INVOLUCRADAS DE APOYO	FECHA DE ENTREGA DE PROPUESTA DE MEJORA	PRIORIDAD
4.- Limitaciones en el abastecimiento de vacunas.	4.1. Retrasos o incompletos envíos de vacunas programadas y solicitadas a OPS, con pagos adelantados	Evaluar capacidades de autonomía en la adquisición internacional de vacunas como alternativa a adquisición del FR de OPS. No se goza de crédito	Estudios de evaluacion dealternativas de adquisiciones para las vacunas*	ESTUDIO ALTERNATIVAS ADQUISICION VACUNAS	OGA (DARES) / DVM	Dic -10	3
	4.2. Existencia de dos clausulas de Contrato con OPS, sobre Registro Sanitario contradictorios, factor que retrasa ingreso vacunas.	Exigir a OPS que incluya en sus contratos con los proveedores la exigencia de la Obtencion de Registo Sanitario	Renegociar un Convenio con OPS con mejores condiciones para el pais.	NUEVO CONVENIO OPS-MODIF REGISTRO SANITARIO	OGA (DARES)	Dic -10	**2**
	4.3. Limitaciones en almacén central por presentación nuevas vacunas, instalación reciente 3 cámaras propias, en área alquilada	Eliminar los niveles intermedios en la cadena de suministro, ya que cada nivel agrega retrasos, problemas de gestión debido a que el sistema de distribución general, sigue la estructura política. Establecerlo con la eficiencia del transporte en mente	Evaluar la capacidad de almacenamiento a nivl regional. Determnar por cada region la frecuencia de disribuccion de acuerdo a la capacidad de almacenamiento	MANUALES ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION REGIONAL	OGA /DGSP	Dic -11	4

* ESNI no esta de acuerdo con esta propuesta, pues pone en riesgo la disponibilidad de las vacunas

MATRIZ DEL PLAN DE MEJORA ANIVEL REGIONAL

MATRIZ B. PLAN DE MEJORA NIVEL REGIONAL SEGÚN ETAPAS DEL PROCESO LOGÍSTICO DE VACUNAS

HALLAZGOS	PROBABLES CAUSAS	ACCIONES	PROPUESTA DE MEJORA	IDENTIFICACIÓN DE PRODUCTO	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRIORIDAD REGIONAL OTORGADA AL PRODUCTO
1. Programación Regional con bajo nivel de cumplimiento	1.1. La planificación Regional enfocada como insumo para adquisición centralizada, ejecución con constantes reprogramaciones	Coordinar con ESNI, minimizar reprogramaciones	Seguimiento Calendario Entregas	Seguimiento Calendario Entregas	ESRI, DIREMID, Logística	Enero 2011 (Actividad permanente)	1.00
	1.2 . Programación de necesidades sin considerar capacidad instalada de almacenaje Regional.	Actualizar información sobre capacidad instalada	Diagnóstico de capacidad instalada de Cadena frío.	Diagnóstico de capacidad instalada de Cadena frío.	Logística, ESNI, ESRI	Enero 2011 (Actividad permanente)	1.00
	1.3 . Desabastecimiento y falta de oportunidad, que afecta cuadros de necesidades de las Regiones genera sobreestock y pérdidas de vacunas, o falta de aprovisionamiento de algún tipo de vacuna	Monitoreo del abastecimiento que incida en ajuste de programación futura.	Sistema de Evaluación Logística	Sistema de Evaluación Logística	Logística	Enero 2011 (Actividad permanente)	1.40
	1.4 . El planeamiento logístico de las Regiones no cuenta con estrategias de reaprovisionamiento o redistribución y de modelos matemáticos de reposición de stocks.						
2. Presupuesto Regional no explícito	2.1. No se dispone de información sobre el Gasto Operativo de las Regiones para la ejecución de la ESRI.	Definiciones en asignación de recursos por Región	Programación(en presupuestal Transparente / gastos operativos	Incorporar Gastos Operativos de gestión en PPR .	Planeamiento Estratégico, DAIS, ESNI, ESRI	Enero 2011 (Actividad permanente)	1.40
	2.2. No se considera gastos de embalaje y envío de vacunas para EESS dentro de la Región	Cálculo de necesidades básicas en programación de presupuesto regional					
3. Inspección Regional de vacunas variable	3.1. Las entregas de vacunas y las garantías sobre la Cadena de frío a las Regiones, no tienen evidencias de registros que respalden las Actas de conformidad.	Evaluar y uniformizar procesos de Inspección	Estandarizar la Inspección Regional	Estandarizar la Inspección Regional	DAIS, ESNI, DIREMID,Logistica	Enero 2011 (Actividad permanente)	1.40
	3.2. Proceso definido en Región SM, por QF de DIREMID, que realiza una evaluación técnica y de datos de la Vacuna.						
4. Almacén de vacunas y Distribución Regional limitados que puede afectar la seguridad de biológicos.	4.1. Inadecuada Infraestructura de Almacenes regionales.	Mejorar las condiciones básicas de almacenes	Priorizar inversiones, elaborar Guía de Almacenes de Vacunas por niveles	Priorizar inversiones, elaborar Guía de Almacenes de Vacunas por niveles	Gobierno regional Planeamiento Estratégico/ DAIS, ESNI,	Enero 2011 - Junio 2011	1.80
	4.2. Limitaciones de equipos y medios para operaciones de ingresos, almacenamiento, embalaje y despacho, así como seguridad Cadena frío. No interconexión a SISMED utilizado por DIREMID.						
	4.3. Desabastecimiento que afecta cuadros de distribución mensual.	Registro de eventos para monitoreo	Información oportuna a niveles de conducción	Sistema de Información para gestión de vacunas	ESRI,DIREMID	Enero 2011 (Actividad permanente)	1.20
	4.4. No disponen de sistema de distribución uniforme que limita el acceso a recursos.	Evaluar necesidades de Transporte regional	Disponer de un mínimo sistema de Transporte regional	Disponer de un mínimo sistema de Transporte regional	Logística, DIREMID, DAIS,	Enero 2011 (Actividad permanente)	1.00
	4.5. No se dispone de manuales actualizados para la manipulación de vacunas.	Actualizar información sobre nuevas vacunas	Documento de Manipulación y conservación de vacunas	Documento de Manipulación y conservación de vacunas	ESNI,ESRI, Logística	Enero 2011 - Abril 2011	1.40
	4.6. No se utiliza indicadores logísticos para evaluar el desempeño del abastecimiento.	Implementar sistema de evaluación progresivo	Ídem Sistema Monitoreo y evaluación	Sistema Monitoreo y evaluación	Logística	Enero 2011 (Actividad permanente)	**1.40**
5.Utilización	5.1. Limitados recursos operativos que exponen seguridad de la cadena frío.	Elaborar necesidades de equipos (grupos electrógenos, termómetros)	Adquisición de equipos mínimos	Adquisición de equipos mínimos	Logística	Enero 2011 - Junio 2011	**1.00**
	5.2. Múltiples Registros manuales sin evidencia de valor agregado	Informatizar Registros	Diseño de Sistema Registro	Estandarizar modelo de seguimiento de coberturas	DAIS, ES Ni, SIS, Estadística	Enero 2011 (Actividad permanente)	**1.40**
	5.3. Escasa uniformización en el seguimiento de coberturas	Evaluar actividades seguimiento	Estandarizar modelo de seguimiento de coberturas				
	5.4. El Manejo de deshechos es variable	Norma precise manejo Regiones	Tratamiento residuos sólidos	Tratamiento de residuos sólidos	DiIGESA, ESNI, ESRI	Enero 2011 (Actividad permanente)	**1.60**
6. Organización dispersa	6.1. La ESRI es unidad funcional que no depende de lógica de actividades de Salud Pública.	Identificación procesos	Reorganización funcional	Reorganización funcional	Gobierno Regional, DIRESA, Logística, DAIS, ESRI, RIREMID	Enero 2011 - Abril 2011	**1.80**
	6.2 . Falta de prioridad regional en colocación de Cámaras de Frío.	Priorizar acciones de instalación de Cámaras región	Priorizar inversión de obra para cámaras frías				
	6.3. Definir administración de almacenes de vacunas dependientes de DIREMID en Regiones, perspectiva DARES	Consensuar una propuesta a futuro	Reorganización sistema logístico regional				

Annex No. 14: SII Audit Final

Auditoria del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones

Informe Técnico Final de Auditoría

Equipo Consultor:
Manuel Loayza Alarico
Reyna Aranda Guillen
Evelin Chávez Acosta

CONTENIDO

1. **Antecedentes y objetivos de la auditoria**
2. **Metodología**
3. **Resultados del estudio**
4. **Bibliografía**
5. **Anexos**

Auditoria del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones

1. Antecedentes y Objetivos

El Programa Umbral de Inmunizaciones tiene como propósito apoyar al Ministerio de Salud (MINSA) y los Gobiernos Regionales a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) en sus esfuerzos para ampliar la cobertura de vacunación en niños menores de dos años y población rural.

Este programa está financiado la Corporación del Desafío del Milenio (Millennium Challenge Corporation – MCC, por sus siglas en inglés), administrado financiera y técnicamente por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la que a la vez tiene el encargo de hacer el seguimiento de la implementación del Programa Umbral.

El Programa Umbral de Inmunizaciones incluye un conjunto de intervenciones diseñadas por el Gobierno de Perú a través del Ministerio de Salud y aprobadas por la MCC tales como el fortalecimiento de la oferta móvil, la gestión de la cadena de suministro de vacunas y sistemas de información en el nivel nacional, regional y local. Además, se incluyen actividades de monitoreo y evaluación de coberturas de inmunización. Esta asistencia se centrará esfuerzos intensivos en ocho regiones (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica y Puno), con poblaciones rurales dispersas, donde las tasas de cobertura son significativamente por debajo de este objetivo.

El programa tiene tres subcomponentes:

- Sub - Componente 2.1 - Garantizar la inmunización de los niños rurales.
- Sub - Componente 2.2 - Fortalecer la gestión de la inmunización y sistemas de logística.
- Sub - Componente 2.3 - Fortalecer el sistema de información sobre las vacunas en el Ministerio de Salud a nivel central y descentralizado.

El Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones (SIII) es un sistema de información que integra la información de las personas vacunadas de manera nominal, consignando todas las variables del sujeto beneficiado con la vacunación (nombre, edad, sexo, dirección), de manera que se pueda realizar el monitoreo y seguimiento efectivo de las vacunas aplicadas, según el Esquema Nacional de Vacunación y contribuir a mejorar la eficacia y eficiencia de la gestión de las inmunizaciones en los diferentes niveles de los servicios de salud del país., en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Para su implementación el SIII hace uso del sistema de información del Seguro Integral de Salud (SIS) para integrar la información de las inmunizaciones en general, independientemente de su condición de asegurado en el SIS, haciendo uso de los formatos de registro y la digitación en el aplicativo informático del SIS (ARFSIS, SIASIS).

El Sistema se oficializó con la promulgación de la Resolución Ministerial 614-2010/MINSA de fecha 6 de agosto 2010, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 034-MINSA/DGSP-V.01 que establece su implementación. (Ver anexo Nº 01) (Leer el documento completo de la Directiva Sanitaria N° 034-MINSA/DGSP-V.01).

Es así que de acuerdo con la propuesta técnica del Programa se realizó una auditoría externa del SIII para evaluar globalmente el desempeño del mismo. La auditoria del SIII uso como modelo de evaluación el enfoque de Auditoria de sistemas de salud desarrollado por USAID, específicamente el capítulo 11: Módulo de sistemas de información de salud[1.]

Este enfoque fue adaptado al subsistema de información de inmunizaciones, teniendo en consideración la auditoria del desempeño del SIII, focalizada en los recursos políticas y regulación, la recolección y calidad de los datos, el análisis de los datos y el uso de la información para la gestión, desarrollo de políticas, gobernabilidad y transparencia.

[1] *Islam, M., ed. 2007.* Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual. S*ubmitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reform*plus, *Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health. Disponible en: http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/*

Para dicho fin se elaboraron instrumentos de recolección de información cuali-cuantitativa, los que se consensuaron con el equipo técnico del Programa Umbral de Inmunizaciones, teniendo en cuenta las variables que permitieron medir los indicadores propuestos en el producto 1.

Objetivos del Estudio

a. Objetivo general

Realizar la auditoria del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones (SIII)

b. Objetivos específicos:

- Determinar la disponibilidad de los recursos humanos, informáticos y normativos, que intervienen en la operación y funcionamiento del SIII en cada uno de los niveles de gobierno.
- Identificar las características operativas de los procesos del SIII para la generación de información valida, confiable y oportuna, sus fortalezas y perspectivas futuras.
- Identificar los usos que se le proporciona a la información generada del SIII.
- Describir los mecanismos implementados para asegurar la sostenibilidad de la operación y funcionamiento del SIII.

2. Metodología

2.1 Características generales

Si nos basamos en la definición de sistema, podríamos hacer una aproximación definiendo el sistema de información como un conjunto de componentes que interactúan entre sí para lograr un objetivo común y satisfacer las necesidades de información de una organización.

Las actividades básicas de un sistema de información son la recolección (o recuperación), el procesamiento, el almacenamiento y la distribución de la información.

En función del nivel de complejidad del procesamiento, se obtendrán distintos sistemas de información (es decir sistemas de información a nivel local, regional o nacional).

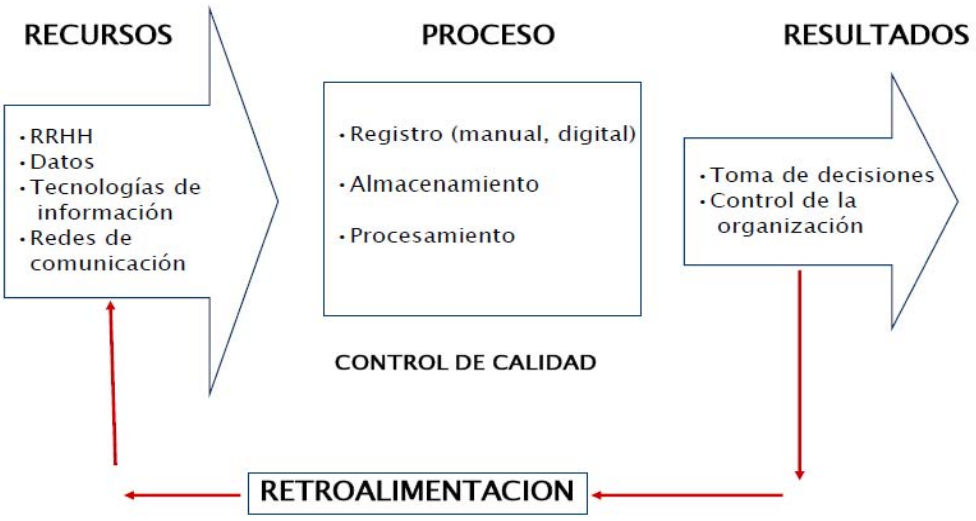
La utilidad y las funciones de un sistema de información son básicamente: i) apoyar la toma de decisiones y ii) el control de una organización.

La verificación del cumplimiento de los objetivos y metas institucionales debe ser la orientación principal de las necesidades de información de una entidad.

El Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones (SIII) es un sistema que registra la información de las personas vacunadas de manera nominal, consignando todas las variables del sujeto beneficiado con la vacunación de manera que se pueda realizar el monitoreo y seguimiento efectivo de las vacunas aplicadas según el Esquema Nacional de Vacunación y contribuir a mejorar la eficacia y eficiencia de la gestión de las inmunizaciones en los diferentes niveles de los servicios de salud del país, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

En tal sentido es necesario explorar procesos en i) un nivel operativo compuestos por Establecimientos de Salud, Microrredes y Redes, ii) un nivel regional de consolidación de la información constituido por la DIRESA/DISA, y iii) el nivel nacional, que vincula los aspectos políticos, económicos y operativos hacia dónde se proyecta el SIII en el país.

Gráfico Nº 01
Elementos del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones



2.2. Diseño

Considerando los objetivos de la auditoria del SIII, se desarrolló un estudio de tipo cuali-cuantitativo de corte transversal, que permite obtener información precisa respecto de los recursos con que se opera (recurso humano, tecnológico, normativo) la utilización, aplicación y uso de la información, el financiamiento y la sostenibilidad que se viene generando, agrupada en recursos, procesos y resultados, estratificado por nivel local, regional y nacional.

2.3 Población y muestra

- **Población**

  La población muestral (universo) está compuesta por las 25 DIRESAs/DISAs que vienen implementando el SIII.

  Criterios de Inclusión:

  - ✓ DIRESAs incorporadas como pilotos para la implementación del SIII antes de agosto del 2010.
  - ✓ DIRESAs pilotos que desarrollaron capacitación a más de 50% de los establecimientos de su ámbito de intervención.

- **Muestra**

  Teniendo en cuenta que el estudio es de tipo cuali-cuantitativo se realizó un muestreo bietápico por conveniencia de forma estratificada; de manera tal que en una primera fase fueron seleccionadas las DIRESAs de Ayacucho y Apurímac, y en la segunda etapa los establecimientos de salud con mayor avances en la implementación de los procesos del SIII. Complementariamente se incluyo la sede nacional del Ministerio de Salud, el SIS y el Programa Umbral de Inmunizaciones como actores claves en el proceso de implementación del SIII.

- **Unidad de observación:**

  Es el establecimiento de salud donde se desarrollan los procesos de implementación del SIII, sobre las cuales se efectuó la observación directa de la variable recursos.

- **Unidad de análisis:**

  Son los actores involucrados en el proceso de implementación del SIII de las DIRESA seleccionadas para la auditoria.

  Teniendo en cuenta los criterios establecidos, las unidades de observación y las unidades de análisis, se determinó la muestra que formará parte de la Auditoria del SIII, los cuales fueron:

  DIRESA Ayacucho:

  a) Dirección Regional de Salud:
     - Director de Atención Integral de Salud
     - Coordinadora de la ESRI
     - Responsable de estadística
     - Responsable de la Oficina Local del SIS

  b) Red de Salud Huamanga:
     - Coordinador de la ESRI
     - Responsable del SIS
     - Responsable de estadística

  c) Microrred Santa Elena:
     - Coordinador de la ESRI
     - Responsable del SIS
     - Responsable de estadística
     - Responsable del punto de digitación del SIS

  d) Microrred San Juan Bautista:
     - Coordinador de la ESRI
     - Responsable del SIS
     - Responsable del punto de digitación del SIS

  e) Centro de Salud Santa Elena
     - Jefe del Centro de Salud
     - Coordinador de la ESRI
     - Responsable del SIS

- Responsable de estadística
- Responsable del punto de digitación del SIS

f) Centro de Salud San Juan Bautista:
   - Jefe del Centro de Salud
   - Coordinador de la ESRI
   - Responsable del SIS
   - Responsable del punto de digitación del SIS

DIRESA Apurímac

a) Dirección de Salud Apurímac:
   - Director de Atención Integral de Salud
   - Coordinadora de la ESRI
   - Responsable de estadística
   - Responsable de digitación estadística
   - Responsable del ODSIS
   - Informático de la ODSIS
   - Responsable de la Oficina Local del SIS

b) Microrred Centenario:
   - Coordinador de la ESRI
   - Responsable del SIS
   - Responsable de estadística
   - Responsable del punto de digitación del SIS

c) Microrred Chalhuanca:
   - Jefe de la microrred
   - Coordinador de la ESRI
   - Responsable del SIS
   - Responsable de estadística

d) Centro de Salud Pueblo Joven
   - Coordinador de la ESRI
   - Responsable del SIS

- Responsable de estadística
- Responsable del punto de digitación del SIS

e) Centro de Salud Chalhuanca
- Coordinador de la ESRI
- Responsable del SIS

Sede Nacional:

a) Ministerio de Salud:
- Director Ejecutivo de Atención Integral
- Director Sectorial de OGEI
- Responsable de integración de la información de ESNI de la OGEI

b) Seguro Integral de Salud
- Director Ejecutivo de informática del SIS
- Equipo Técnico de informática del SIS

c) Programa Umbral de Inmunizaciones
- Responsable Técnico del SIII
- Responsable Informativo del SIII

Total de Muestra por DIRESA

- Ayacucho: 23 funcionarios
- Apurímac: 21 funcionarios
- MINSA Central: 03 personas
- SIS Central: 02
- Programa Umbral de Inmunizaciones: 02

El tamaño total de la muestra es de **51** unidades de análisis (personas)

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información

La recolección de datos se llevo a cabo en la tercera semana de febrero 2011, haciendo uso de los instrumentos elaborados para dicho fin: entrevistas, listas de chequeo y guías

de observación, los mismos que fueron validados por juicio de expertos y debidamente aprobados por el Programa Umbral de Inmunizaciones.

Estos instrumentos fueron:

a. Lista de chequeo: instrumento que recogió información cuantitativa de fuente primaria, sobre diferentes variables de recursos (humanos, logísticos, informáticos y normativos) necesarios para el funcionamiento del SIII.
b. Guía de observación de procesos del SIII: instrumento que permitió la observación de procesos relacionados a la operación y funcionamiento del SIII para la generación de información válida, confiable y oportuna. Se aplica en los puntos de digitación de las DIRESAs. En este instrumento se recopila información primaria e información secundaria de las fuentes del SIS.
c. Entrevista guiada a actores claves de las DIRESAS/DISA: este instrumento permitió la recolección de la información cualitativa y cuantitativa de actores claves relacionados al SIII en el nivel regional y local.
d. Entrevista a personal del nivel nacional: Permitió a recolección de la información cualitativa y cuantitativa de actores claves relacionados al SIII en el nivel nacional del MINSA y del SIS, explora procesos de sostenibilidad de la operación y funcionamiento del SIII.

Los instrumentos se diseñaron teniendo en cuenta la normatividad vigente[2] y la bibliografía especifica relacionada a la evaluación de sistemas de salud.

[2] *Directiva Sanitaria Nº 034 -MINSAIDGSP-V.01: "Directiva Sanitaria que establece el Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones"*

3. Resultados

3.1 Recursos del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones

Los recursos de todo sistema de información son considerados como el "input" del mismo para lograr el funcionamiento adecuado del registro de datos. Es en este sentido que se requiere conocer los recursos humanos, la infraestructura, el equipamiento y los insumos logísticos que interrelacionados permitan la obtención de información fidedigna y oportuna.

a) Recursos Humanos

Disponibilidad: Los recursos humanos con los que cuenta el SIII para el uso del sistema de información son un factor importante para determinar la calidad de sus procesos: Captura y registro de los datos, control de calidad, digitación y la garantía de la generación de información valida y confiable del sistema que facilite la toma de decisiones en inmunizaciones.

Nivel local:

DIRESA Apurímac: en los establecimientos de salud en los que se realizo la auditoria del SIII, se encontró que de 165 personas, el 17.6% (29 recursos humanos) están asignadas al SIII. Sin embargo, en el análisis diferenciado por microrred se observa que la Microrred Chalhuanca solo el 5.3% de los recursos humanos están asignados para el SIII, mientras que en la Microrred Centenario estas disponibles el 29.2% del recursos humano.

Tabla Nº 01
Disponibilidad de Recurso Humano para la operación del SIII en el nivel local
DIRESA Apurímac – Febrero 2011

Establecimientos	DIRESA Apurímac		
	Total RRHH EESS	RRHH asignados al SIII	% asignado al SII
CS Chalhuanca	38	2	5.3
Microred Chalhuanca	30	2	6.7
CS Centenario	72	21	29.2
Microred Centenario	25	4	16.0
Total	165	29	17.6

Fuente: Auditoria del SIII - Guía de observación

Estas diferencias se observan particularmente relacionadas al proceso de consolidación y delimitación de funciones de redes y microrredes, motivo por el cual el recurso humano asume diversas responsabilidades en la organización compartiendo las funciones como Centro de Salud, Microrred y Red.

DIRESA Ayacucho: Se encontró que de 293 recursos humanos que existen en los establecimientos, microrredes, el 8.2% (24 personas) están asignadas al SIII. En el análisis diferenciado se evidencia que la Microrred Santa Elena es la que menos disponibilidad de recursos humanos tiene para la operación del SIII, mientras que la Red Huamanga alcanza un 28% de disponibilidad de este recurso (7 personas) asignado al SIII.

Tabla Nº 02
Disponibilidad de Recursos Humanos para la operación del SIII en el nivel local
DIRESA Ayacucho – Febrero 2011

Establecimientos	DIRESA Ayacucho		
	Total RRHH EESS	RRHH asignados al SIII	% asignado al SII
CS Santa Elena	37	4	10.8
Microred Santa Elena	73	3	4.1
CS San Juan Bautista	56	5	8.9
Microred San Juan Bautista	102	5	4.9
Red Huamanga	25	7	28.0
Total	293	24	8.2

Fuente: Auditoria del SIII - Guía de observación

Respecto al tipo de personal de salud que realizan actividades inherentes al SIII en los establecimientos de salud con puntos de digitación, microrredes y redes de las DIRESAs auditadas, se observa que las enfermeras es un actor clave en la captación de datos y el control de calidad del SIII. Asimismo, en ambas DIRESAs los digitadores del SIS se han convertido en recursos importantes para el ingreso de datos de las fichas de filiación/afiliación y formato único de atención.

Tabla Nº 03
Recursos Humanos asignados al SIII según grupo ocupacional
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

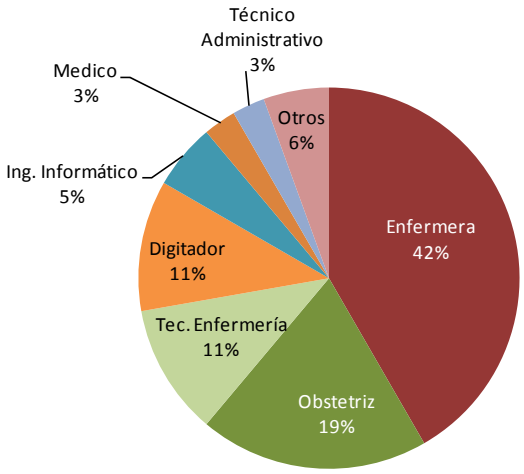
Tipo de personal Asignado al SIII	DIRESA Apurímac		DIRESA Ayacucho		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	1	2.8	-	-	1	1.2
Enfermera	15	41.7	24	51.1	39	47
Obstetras	7	19.4	1	2.1	8	9.6
Técnico de Enfermería	4	11.1	2	4.3	6	7.2
Técnico Estadístico	-	-	2	4.3	2	2.4
Técnico Administrativo	1	2.8	9	19.1	10	12
Ing. Informático	2	5.6	1	2.1	3	3.6
Digitador	4	11.1	-	-	4	4.8
Otros	2	5.6	8	17	10	12
Total	36	100	47	100	83	100

Fuente: Auditoria del SIII - Guía de observación

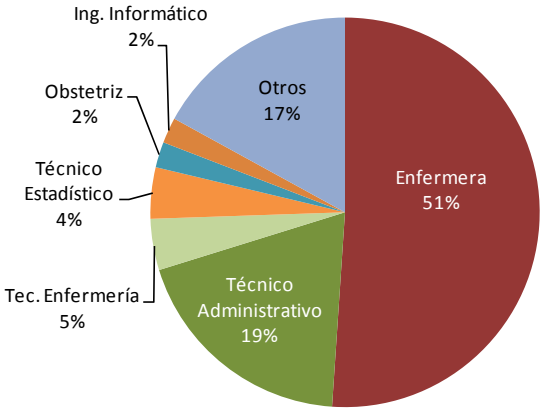
Cabe anotar también la presencia de profesionales de obstetricia en la DIRESA de Apurímac (19.4%), que participan activamente en el proceso de captura de datos del SIII (Captura de datos).

Gráfico Nº 02
Tipo de Recursos humanos por puntos de digitación asignadas al SIII.
DIRESA Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011

DIRESA Apurímac



DIRESA Ayacucho



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Nivel Regional

En el nivel regional de la DIRESA Apurímac, de 13 recursos humanos que existen en las oficinas regionales auditadas (oficina de estadística, ESRI, ODSIS) el 38.5% están asignadas a actividades del SIII, mientras que en la DIRESA Ayacucho de un total de 13 recursos humanos existentes de las oficinas regionales auditadas (oficina de estadística, ESRI, OLSIS) el 30.7% están asignadas a actividades del SIII no encontrándose diferencias significativas.

El análisis particular de cada DIRESA muestra que el porcentaje de asignación de recursos humanos por oficina regionales auditadas más importante se observa en la oficina de estadística de la DIRESA Apurímac, lo cual indica el proceso de

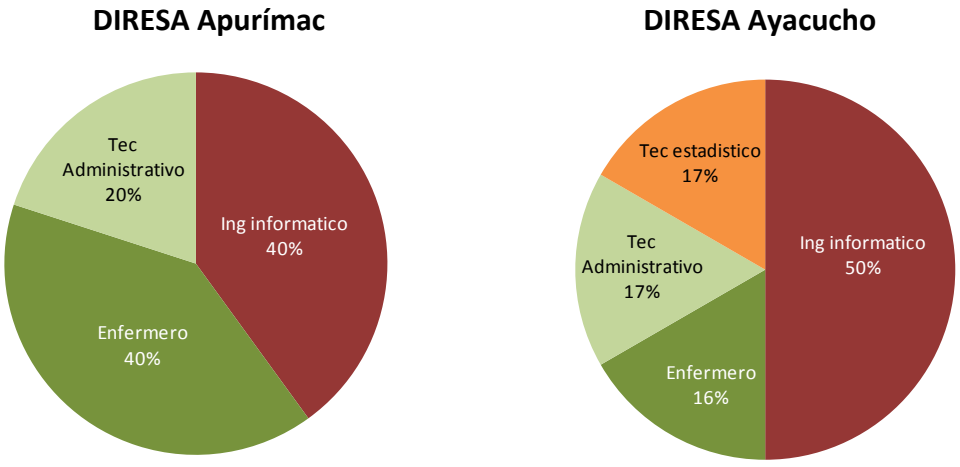
utilización de la información para la generación y toma de decisiones en inmunizaciones en esta DIRESA.

Tabla Nº 04
Recursos humanos asignados al SIII por oficinas regionales auditadas
DIRESAs Apurímac y Ayacucho. Febrero 2011

Recursos humanos	DIRESA Apurimac			DIRESA Ayacucho		
	Of Estadistica	ESRI	ODSIS	Of Estadistica	ESRI	OLSIS
Total RRHH EESS	7	2	4	6	2	5
RRHH asignados al SIII	3	1	1	2	1	1
% asignado al SII	42.9	50.0	25.0	33.3	50.0	20.0

Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Gráfico Nº 03
Tipo de Recursos humanos asignadas al SIII por oficinas regionales auditadas
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011

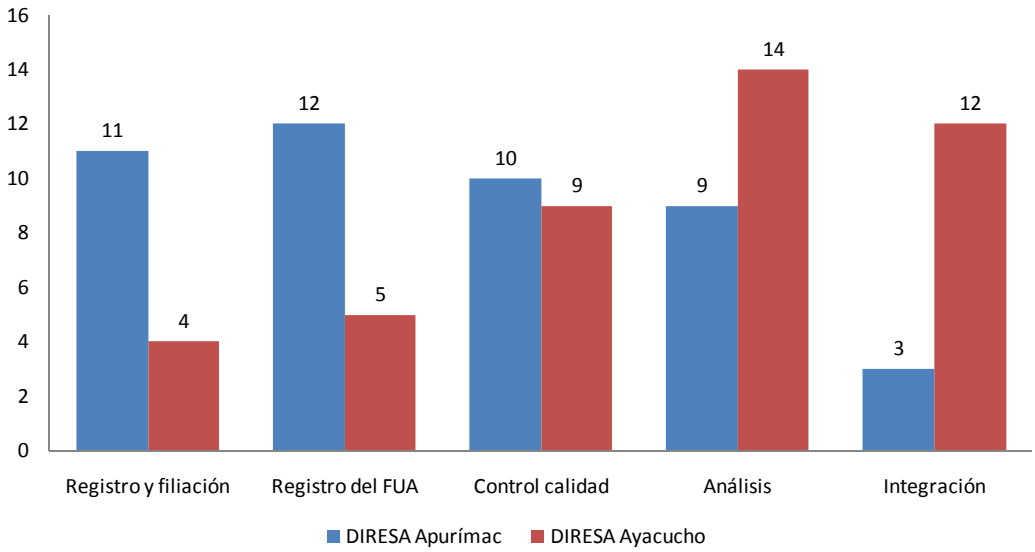


Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Con respecto al tipo de personal de salud que realizan actividades inherentes al SIII en los oficinas regionales auditadas de las DIRESAs Ayacucho y Apurímac, encontramos dos hallazgos importantes, i) en ambas DIRESAs se cuenta con ingenieros informáticos que dan soporte a las actividades del aplicativo del ARFSIS

y su funcionamiento y operatividad con el SIII y ii) la DIRESA Apurímac, tiene 40% profesionales en enfermería de las oficinas regionales auditadas asignados al SIII, lo cual facilita el monitoreo, utilización y toma de decisiones en el área de inmunizaciones.

Gráfico Nº 04
Número de Recursos Humanos disponibles para la operación del SIII según procesos implementados
DIRESAs Apurímac y Ayacucho – Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

Si bien existe disponibilidad de recurso humano asignado al SIII en cada una de las DIRESAs evaluadas, la percepción del personal de salud que opera el sistema es que es insuficiente. Así se observa que para el proceso de registro en la DIRESA Apurímac, el 26% del personal entrevistado manifiesta que cuentan con personal suficiente para este realizar este proceso, en cambio en la DIRESA de Ayacucho solo el 9% refiere que cuentan con suficiente personal para el mismo proceso.

Tabla Nº 05
Disponibilidad de Recursos Humanos para la operación de los procesos del SIII
DIRESAs Apurímac y Ayacucho – Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

Así mismo el 31% de las personas entrevistadas en la DIRESA Ayacucho, manifestaron que para el proceso de análisis de la información se dispone de personal suficiente, construyéndose este proceso que cuenta con mayor disponibilidad de personal.

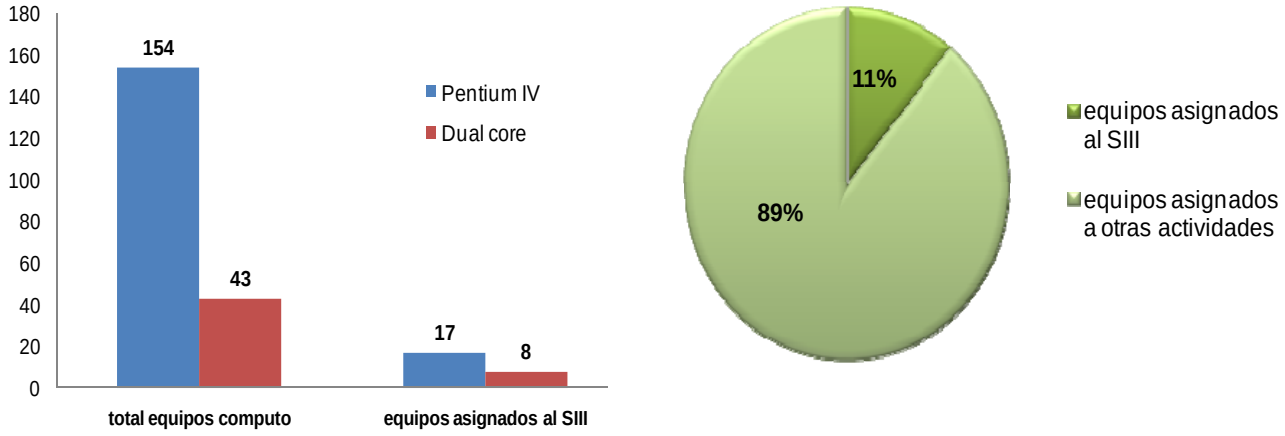
b) Disponibilidad de Recursos Informáticos y uso de tecnologías de la información y comunicación del SIII

Este ítem explora la disponibilidad de recursos informáticos (software, guías, fichas metodológicas) y forma de transmisión de la información generada por el SIII para su uso en la toma de decisiones de inmunizaciones.

- En establecimientos de salud que son puntos de digitación de las DIRESAs seleccionadas para la auditoria del SIII (Nivel local)

Se observó que en los establecimientos de salud, microrredes y redes auditadas de las DIRESAs Apurímac y Ayacucho, tienen un total de 197 equipos de computo, de las cuales el 11% (25 equipos de computo) están asignadas para el uso exclusivo del SIII. Asimismo, solo el 27.9% (43 equipos de computo) son equipos de procesador Dual Core que permite un mejor procesamiento del software del ARFSIS.

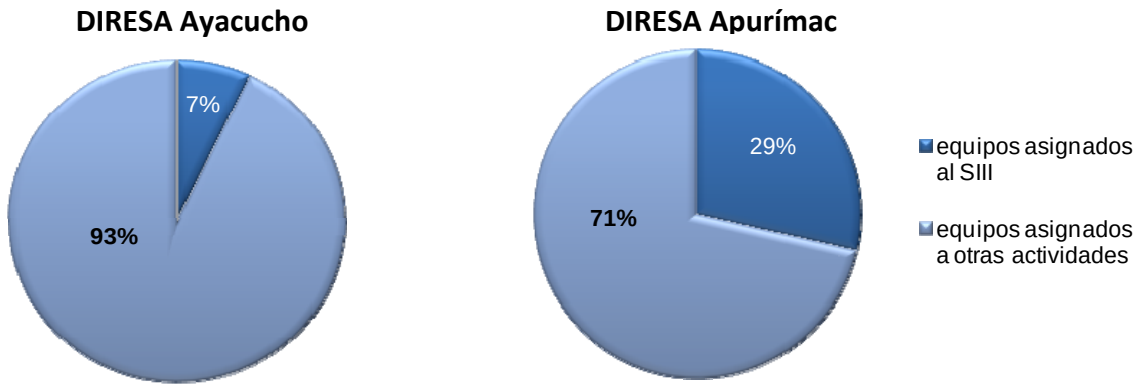
Gráfico Nº 05
Total y porcentaje de Equipos informáticos asignados al SIII en los puntos de digitación de las DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Sin embargo, al hacer un análisis de la distribución de equipos de computo por DIRESA auditadas se observa que la DIRESA Apurímac, del total de equipos asignado (48 equipos de computo), el 29% están asignados al SIII , mientras que la DIRESA Ayacucho del total de equipos de computo asignados (149 equipos) solo el 7% de estos equipos están asignados al SIII, lo cual indica una diferencia significativa en la captura de datos, procesamiento y generación de información en los puntos de digitación.

Gráfico Nº 06
Equipos de cómputo asignados al SIII en los puntos de digitación DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Del análisis detallado sobre la disponibilidad de equipos de cómputo para la operación del SIII en las DIRESAs auditadas, se observa diferencias significativas en las microrredes de salud que son a su vez punto de digitación del ARFSIS.

La Microrred Chalhuanca no tienen asignados equipos de cómputo para el SIII, cuentan con un equipo precario que utilizan para todas las acciones de registro de información y acciones administrativas propias del establecimiento de salud. Esta sede no fue beneficiada por la dotación de equipos informáticos provistos por el Programa Umbral de Inmunizaciones.

En la DIRESA Ayacucho, se observa que a pesar de que las microrredes son puntos de digitación, la Red Huamanga posee un 40% de equipos asignados para la operación del SIII., mientras que en las microrredes de Santa Elena y San Juan Bautista, solo alcanzan al 10% y 3% respectivamente.

Tabla Nº 06
Equipos de cómputo por puntos de digitación asignados al SIII
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011

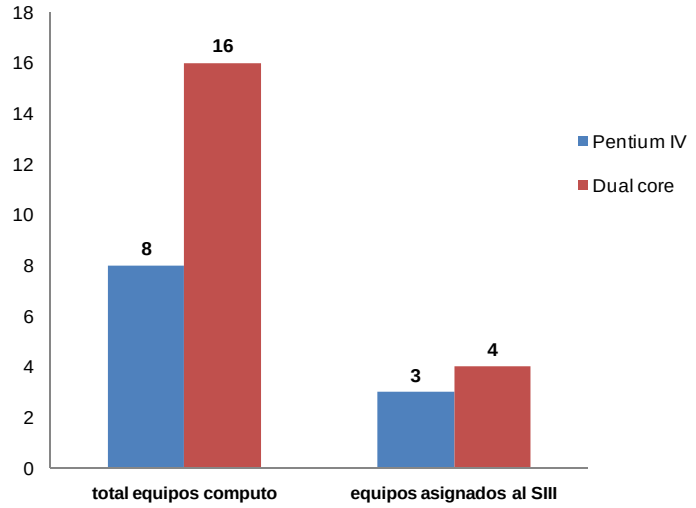
DIRESA	DIRESA Apurímac		DIRESA Ayacucho		
	MR Chalhuanca	MR Centenario	MR Santa Elena	MR San Juan Bautista	Red Huamanga
Total Equipos Computo	0	13	20	33	10
Equipos asignados al SIII	0	7	2	1	4
% asignacion equipos del SII	0.0	53.8	10.0	3.0	40.0

Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

En las DIRESAs seleccionadas para la auditoria del SIII (Nivel regional) se observó que el 29.2% (07 equipos de computo), están asignadas para el uso exclusivo del SIII.

Respecto al tipo de tecnología en los equipos informáticos, se observa que el 66.6% de los mismos tienen procesador Dual Core, lo que facilita el procesamiento de información almacenada por el ARFSIS.

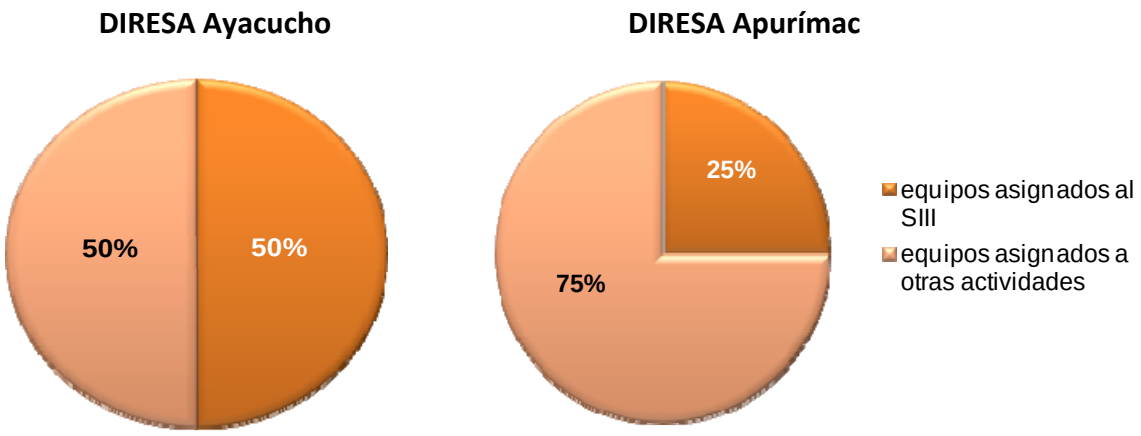
Gráfico Nº 07
Equipos informáticos asignados al SIII en oficinas regionales según tipo
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

En el análisis diferenciado por DIRESAs auditadas, se observa que en la DIRESA Ayacucho, el 50% de equipos de computo (04 equipos) están asignadas a actividades del SIII, mientras que en la DIRESA Apurímac solo el 25% fue asignada para esta finalidad.

Gráfico Nº 08
Equipos de cómputo asignados al SIII en las oficinas regionales
DIRESAs Apurímac y Ayacucho. Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Tabla Nº 07
Equipos de cómputo asignados al SIII por oficinas regionales auditadas
DIRESAS Apurímac y Ayacucho. Febrero 2011

DIRESA	DIRESA Apurímac			DIRESA Ayacucho		
	Of Estadistica	ESRI	ODSIS	Of Estadistica	ESRI	OLSIS
Total Equipos Computo	7	1	4	7	1	4
Equipos asignados al SIII	1	1	1	2	1	1
% asignación equipos del SIII	14.3	100.0	25.0	28.6	100.0	25.0

Fuente: Auditoria del SIII - Lista Chequeo

c) Redes de información y medios de comunicación

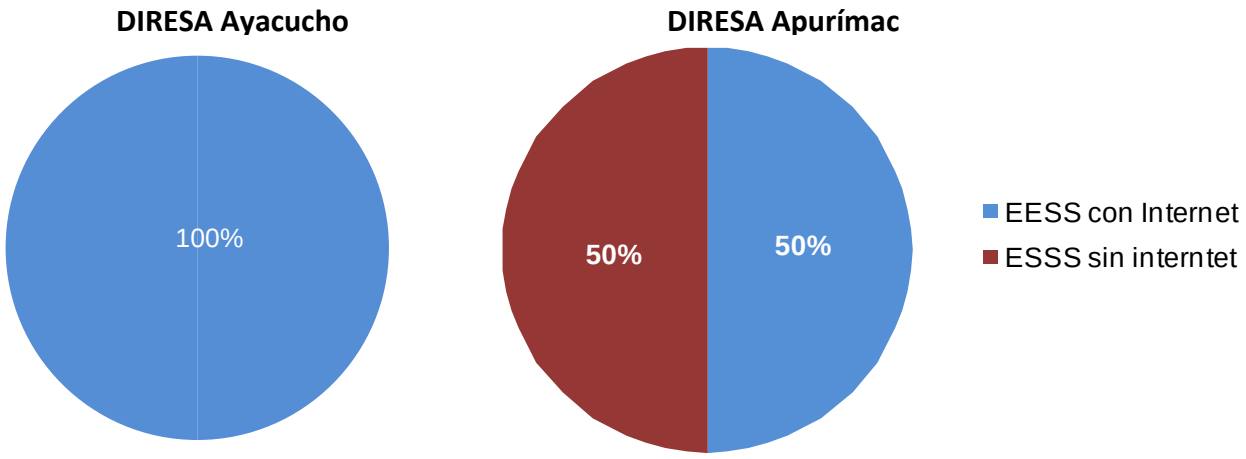
En este ítem se explora los procesos de conectividad entre los puntos de digitación y el envío de información a los niveles regionales y nacionales. Se debe precisar que se evalúa las redes de información en las DIRESAs auditadas y la seguridad de la información generada en el ARFSIS.

- En establecimientos de salud que son puntos de digitación de las DIRESAs seleccionadas para la auditoria del SIII (Nivel local)

En la DIRESA Ayacucho el total de establecimientos auditados y que son puntos de digitación, poseen servicio de Internet, lo cual facilita la comunicación y transferencia de las bases mensuales de inmunizaciones en el ARFSIS. Sin embargo en la DIRESA Apurímac, el establecimiento y microrred de Chalhuanca no cuenta con este servicio y el personal acude de manera presencial a la Dirección de Salud mensualmente para dejar la información correspondiente y se pueda integrar a la base de inmunizaciones en el ARFSIS.

Es importante considerar, que la ciudad de Chalhuanca se encuentra a 1 hora 40 minutos de la ciudad de Apurímac y que la interconexión por Internet es deficiente en la misma ciudad, lo que imposibilita la fluidez en la transferencia de información continúa por encima de 1.5MB.

Gráfico Nº 09
Establecimientos puntos de digitación con conexión a Internet
DIRESAs Apurímac y Ayacucho. Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Se ha identificado que en los establecimientos puntos de digitación auditados, que tienen conectividad a Internet, tienen acceso más de 10 horas del día, lo que facilita la comunicación, recepción y envío de información de inmunizaciones en el SIII a los niveles inmediatos superiores.

Tabla Nº 08
Acceso y tiempo de conexión a Internet en los establecimientos puntos de digitación.
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011

DIRESA	DIRESA Apurímac		DIRESA Ayacucho		
	MR Chalhuanca	MR Centenario	MR Santa Elena	MR San Juan Bautista	Red Huamanga
Acceso a Internet	No	Si	Si	Si	Si
Acceso a internet mas de 10 horas dia	No	Si	Si	Si	Si

Fuente: Auditoria del SIII - Lista Chequeo

- En las DIRESAs seleccionadas para la auditoria del SIII (Nivel regional)

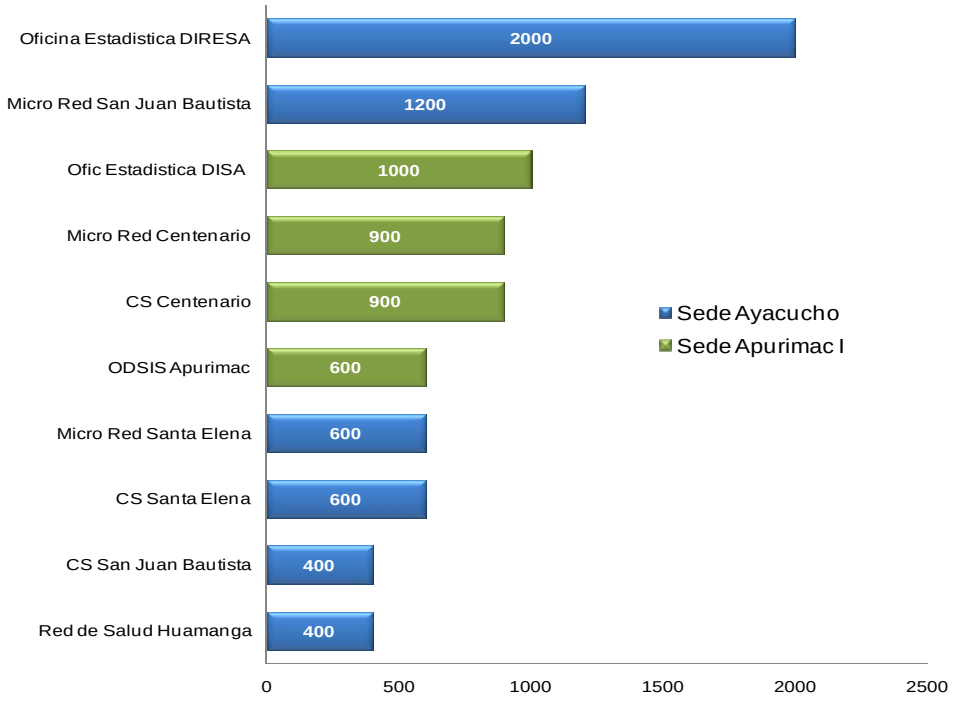
En las oficinas regionales auditadas de las DIRESAs Apurímac y Ayacucho, todas cuentan con conexión a Internet de forma permanente, permitiendo la comunicación en red con los establecimientos puntos de digitación del SIII.

- Ancho de banda para interconexión a Internet

Para la determinación de los procesos del SIII es importante considerar el ancho de banda para la conectividad a Internet de los establecimientos auditados en ambas DIRESAs.

Se observa una gran variedad de ancho de banda en estos establecimientos debido principalmente a dos factores; i) la presencia y avance tecnológicos en las capitales de departamento y ii) el pago que deben realizar para estar conectados a un servidor y tener Internet. Es importante considerar que se debe tener como mínimo un ancho de banda de más de 1 MB KBPS para realizar la recepción y transferencia de datos de inmunizaciones del ARFSIS.

Gráfico Nº 10
Ancho de banda para conexión a Internet en los establecimientos auditados
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

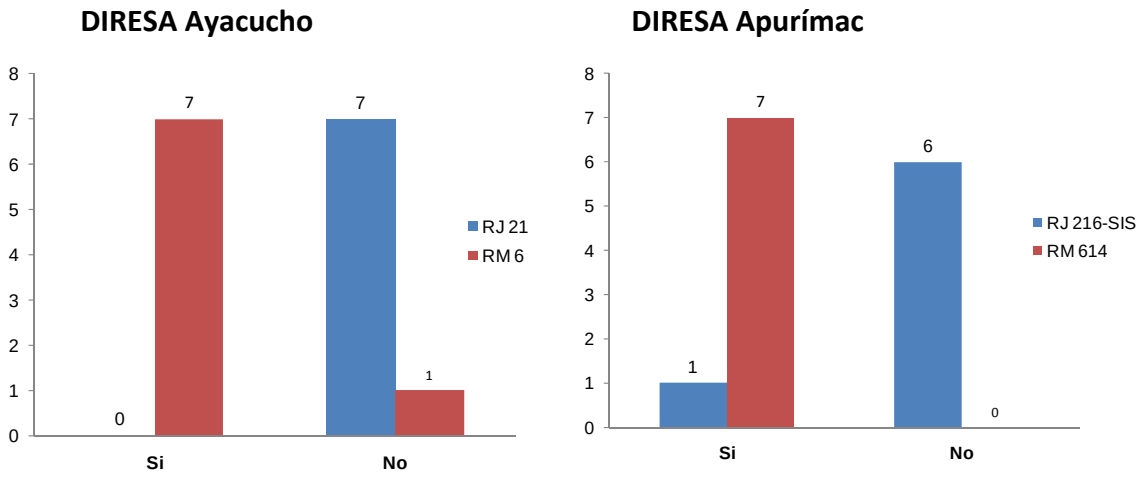
d) Normatividad

Otro de los recursos necesarios para el proceso de implementación y fortalecimiento del SIII en los establecimientos auditados, es contar con las normas legales que regulan el proceso del SIII y que permiten aclarar dudas sobre su procedimiento o regulaciones en la prestación del servicio de inmunizaciones.

Es así que en este ítem se explora la disponibilidad de la normativa en los establecimientos de salud (RM Nº 614-2010/MINSA que establece disposiciones para el funcionamiento de un sistema nacional de información de inmunizaciones efectivo, oportuno y adecuado en el país, y la RJ Nº 216-2008/SIS que aprueba los documentos de aplicación para las atenciones de salud de asegurados al componente subsidiado y semisubsidiado del SIS), normas importantes en este proceso.

En este sentido, se evidencio que de los 15 establecimientos puntos de digitación y oficinas regionales auditadas de las DIRESAs de Apurímac y Ayacucho, el 93.3% (14 establecimientos) cuentan con la resolución de implementación del SIII, siendo la Red de Huamanga la que al momento de la auditoria no tuvo en medio físico ni magnético la citada normativa.

Gráfico Nº 11
Disponibilidad de normatividad vigente del SIII según tipo
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Sin embargo, cuando se explora sobre la RJ N° 216-2008/SIS que regula las prestaciones de inmunizaciones por el SIS y que es un complemento importante en la implementación del SIII en las regiones, solo el 6.6% (01 establecimiento) tenía esta normatividad en medio físico o magnético.

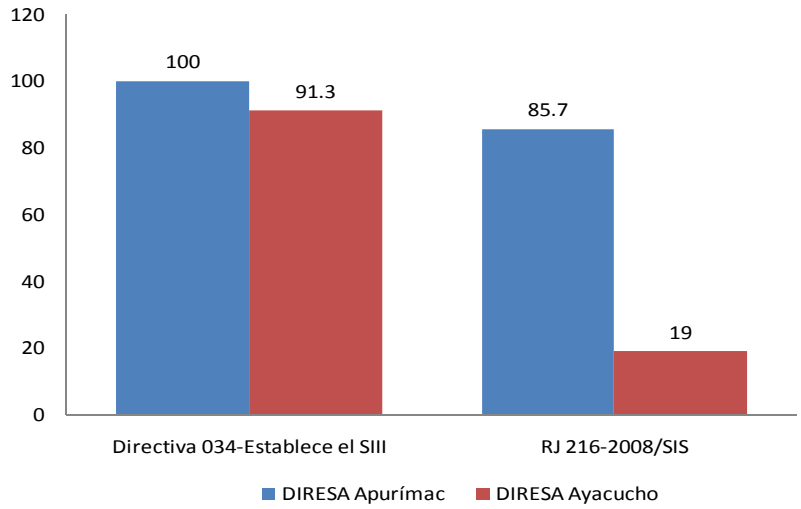
Tabla Nº 09
Conocimiento de normatividad vigente del SIII según tipo
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011

Documento Normativo	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac	
	N°	%	N°	%
Resolucion Ministerial Nº614-2010/MINSA	23	100	21	91
Resolucion Jefatura 216-2008/SIS	18	86	4	19

Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

De las entrevistas realizadas a las unidades de análisis se hallo que en la DIRESA de Ayacucho el 100% del personal conocía la normatividad relacionada al SIII en lo que respecta a la RM 614-2010/MINSA, y en amplia proporción la RJ 216-2008 del SIS. Sin embargo en la DIRESA Apurímac, el conocimiento de esta última solo alcanzo a 19%.

Gráfico Nº 12
Proporción de recursos Humanos que conocen la normatividad vigente del SIII según tipo - DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

A la exploración del contenido de la RM 614-2010/MINSA, se evidencio que el 100% de las unidades de análisis en la DIRESA Ayacucho saben que es necesario realizar la captura de los datos al SIII mediante el llenado del registro nominal de cada persona que se vacuna. En la DIRESA Apurímac esta proporción alcanza a 86%.

El ítem que menos conocen es referido a la integración de la data por la ODSIS a nivel regional, siendo que para esta pregunta en Ayacucho se alcanzo el 74% y en Apurímac el 52%.

Tabla Nº 10
Conocimiento de aspectos relevantes de la normatividad que establece el SIII
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011

Ítem	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac	
	N°	%	N°	%
Registro nominal de persona vacunada	23	100	18	86
Los puntos de digitación envían información a la ODSIS	22	96	20	95
La ODSIS integra información	17	74	11	52
Responsable de control de calidad	21	91	16	76

Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

e) Disponibilidad de formatos para la captura de datos

Los formatos de filiación, afiliación y FUA son importantes como instrumentos de captura de información e inicio del proceso de atención en inmunizaciones. Su abastecimiento en los establecimientos de salud y puntos de digitación es trascendental para la entrega del servicio y el registro de la prestación en inmunizaciones.

Para este ítem se observa una diversidad de respuestas, sin embargo se observa que el personal considera que el abastecimiento del formato único de atención es poco suficiente, debido a problemas en la programación de afiliación que subestimo la población y las atenciones a entregar.

Tabla Nº 11
Percepción de la disponibilidad de formatos para el proceso del SIII en los establecimientos auditados puntos de digitación
DIRESA Ayacucho - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Tabla Nº 12
Percepción de la disponibilidad de formatos para el proceso del SIII en los establecimientos auditados puntos de digitación
DIRESA Apurímac - Febrero 2011

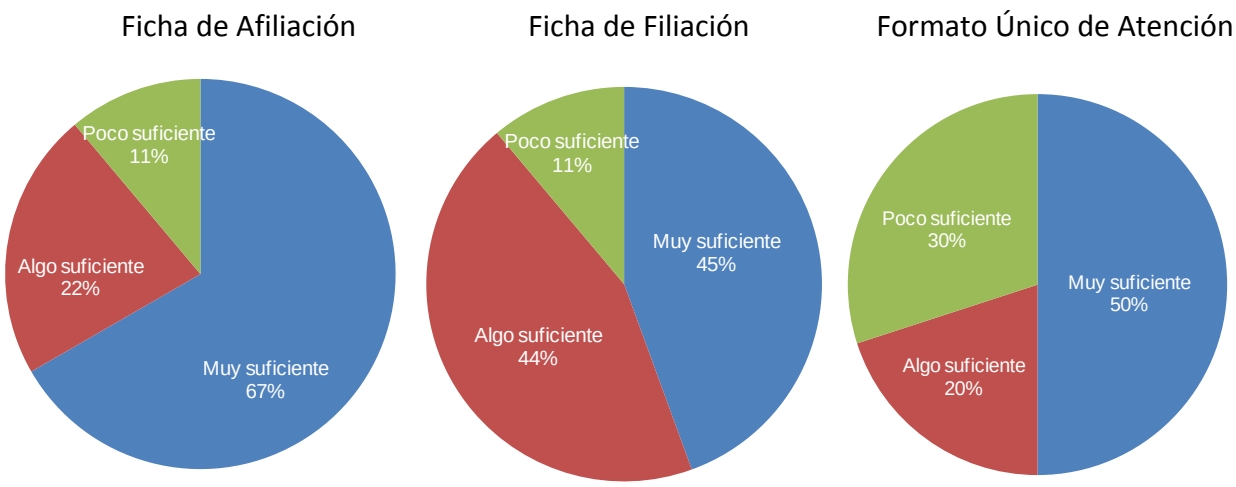


Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

La percepción respecto de la disponibilidad de formatos para el registro de datos del SIII otorga para la DIRESA Apurímac el 100% como "MUY SUFICIENTE" para los formatos de Filiación, 50% para los formatos de Afiliación y FUA respectivamente. Es importante señalar otro 50% que percibe que los FUA son poco suficientes.

Para el caso de la DIRESA Ayacucho, se observa que para los tres documentos un 20% de las observaciones lo perciben como poco suficiente.

Gráfico Nº 13
Percepción de la suficiencia por tipo de formatos para el proceso del SIII
DIRESAs Apurímac y Ayacucho - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII- Lista Chequeo

Con referencia Al Formato Único de Atención (FUA), encontramos que un 50% de establecimientos que también son puntos de digitación auditados tienen la percepción de que estos formatos están en cantidad muy suficiente. Sin embargo es notorio que un 30% refiere que estos formatos son poco suficientes para los tres meses siguientes.

Al hacer el análisis correspondiente se observo que en la Microrred Chalhuanca de la DIRESA Apurímac, se ha presentando una sub programación de las atenciones del SIS del año 2010, habiendo sobrepasado esta microrred en un 40% la programación que tenía para ese año, razón por la cual piensan que los formatos asignados no cubrirán las demandas de atención de inmunizaciones para el presente año.

3.2 Procesos del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones

Un sistema de información desarrolla cuatro procesos básicos en su operación, estos son:

- Generación del dato, proceso por el cual se capturan los datos que se requieren para convertirlos en información relevante.

- Almacenamiento de la data o informatización del registro, es uno de los procesos más importantes que tiene un sistema cuando se genera una data. Esta suele ser almacenada en unidades típicas de almacenamiento (disco duro, discos magnéticos, discos flexibles, etc.)
- Procesamiento de la información: Capacidad del sistema de efectuar cálculos de acuerdo a una secuencia de operaciones preestablecida. La trasformación de datos en fuente de información son usados en la toma de decisiones.
- Salida de información: Capacidad del sistema a
- de proveer información procesada de forma organizada y en función a los requerimientos del exterior a modo de reportes estandarizados previamente.

En este sentido el SIII como sistema hace suyo estos procesos que serán evaluados a continuación dada la trascendencia para la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno.

a) Generación y registro de datos

Los establecimientos de salud de las DIRESAs exploradas realizan un adecuado registro de datos en los formatos de filiación y afiliación, sin embargo se observa debilidades en el registro de la historia clínica del niño atendido en la DIRESA de Apurímac.

Tabla Nº 13
Características de la captura de datos en el registro de filiación y afiliación para el SIII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Item explorados	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registra el nombre y apellidos del niño con letra legible	6	100	6	100	12	100
Registra el Nº de historia clínica del niño atendido	6	100	0	0	6	50
Registra el Nº de DNI del niño atendido	6	100	6	100	12	100
Registra la dirección del niño con letra legible	6	100	6	100	6	50
Registra la edad del niño.	6	100	6	100	12	100

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

De la misma forma sucede con el registro de datos en el Formato Único de Atención (FUA), en el que se evidencio el registro completo de todos los datos que lo contienen.

Tabla Nº 14
Características de la captura de datos en el Formato Único de Atención para el SIII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Item explorados	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registra el nombre y apellidos del niño con letra legible	6	100	6	100	12	100
Registra correctamente la fecha nacimiento del niño (dd/mm/aaaa)	6	100	6	100	12	100
Registra la variable sexo del atendido	6	100	6	100	12	100
Registra la fecha de atención del niño correctamente (dd/mm/aaaa)	6	100	6	100	12	100
Registra la vacuna y dosis aplicada	6	100	6	100	12	100

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

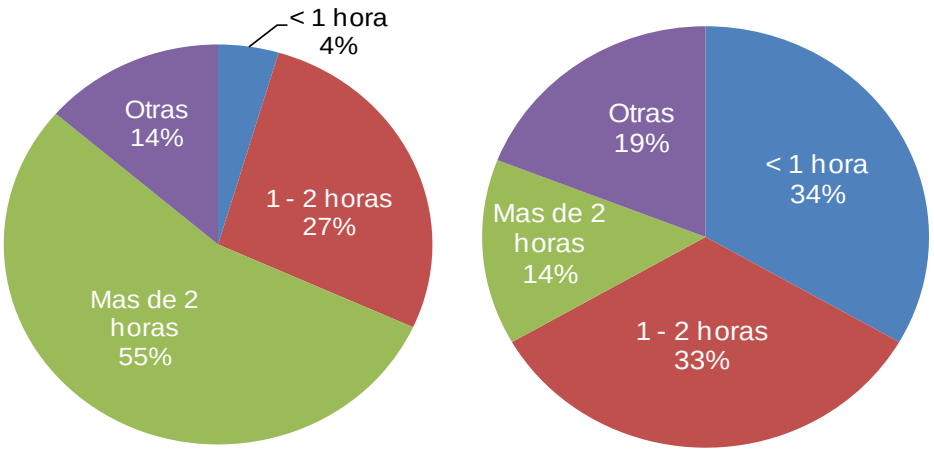
El personal de salud estima que la dedicación de tiempo que realiza la captura de datos de forma diaria es en el 35% de los casos mayores a dos horas, seguido en un 30% de los entrevistados que refieren que dedican entre 1 y 2 horas a la captura de información en las diferentes fichas y formatos del SIII.

Tabla Nº 15
Periodo de tiempo dedicado a la captura de datos para el SIII.
DIRESAs Ayacucho y Apurímac. Febrero 2011

Periodo de tiempo	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 hora	1	0.1	7	33.3	8	18.6
1 - 2 horas	6	0.7	7	33.3	13	30.2
Mas de 2 horas	12	1.4	3	14.3	15	34.9
Otras	3	0.4	4	19.0	7	16.3

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

Gráfico Nº 14
Periodo de tiempo dedicado a la captura de datos para el SIII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac. Febrero 2011



DIRESA Ayacucho **DIRESA Apurímac**

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

En la DIRESA Ayacucho se evidencia una elevada concentración de tiempo para la captura de datos, alcanzando más de 2 horas con 57%, mientras que en la DIRESA Apurímac este proceso se realiza en el 66% en menos de 2 horas.

Tabla Nº 16
Frecuencia de ingreso de datos del SIII al aplicativo ARFSIS en puntos de digitación
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Frecuencia de ingreso al SIII	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diaria	18	78.3	15	71.4	33	75.0
Cada 2 dias	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cada Semana	3	13.0	4	19.0	7	15.9
Cada mes	2	8.7	2	9.5	4	9.1
Total	23	100.0	21	100.0	44	100.0

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

En los establecimientos con punto de digitación los datos mayormente son ingresados al ARFSIS diariamente (75%) y en menor proporción de forma semanal y mensual.

En ambas DIRESAs el ingreso de datos al sistema es similar. Aun existe un pequeño porcentaje (10%) que lo realiza de forma semanal, atribuido a la multiplicidad de funciones que tiene el poco personal con que cuentan.

Tabla Nº 17
Registro de datos en el SIII según control de calidad y presencia de dificultades en el registro DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Variables exploradas	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El responsable de digitación revisa la cantidad de formatos ingresados y lo contrasta con el reporte de digitación	2	50.0	3	75.0	5	87.5
Presenta dificultad con el uso del aplicativo SIS al momento del ingreso de datos	0	0.0	2	50.0	2	25.0

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

En la DIRESA de Ayacucho se realiza el contraste de la información entre el dato de los formatos ingresados y los reportes como medio de verificación, en dos de los cuatro puntos de digitación observados, y en ningún caso reportan dificultades en el citado proceso.

En la DIRESA de Apurímac se realiza el contraste de la información en el 75% de los puntos de digitación evaluados y presentan dificultades en el mismo en el 50% de los casos.

Tabla Nº 18
Integración del registro de datos en el SIII según tipo y presentación de información
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Variables	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cumple pasos de generación de reportes	4	100.0	4	100.0	8	100.0
Presenta información en tablas y cuadros	4	100.0	4	100.0	8	100.0
Presenta información en gráficos y mapas	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

En las dos DIRESAs de observación de realiza la integración de los datos capturados en la atención al 100% y de la misma manera se presentan los cuadros y tablas correspondientes al reporte nominal y mensual.

b) Almacenamiento de la data o informatización del registro

Al explorar sobre las prácticas de seguridad de la información a través del almacenamiento periódico de la información a través de la generación de copias de seguridad o respaldo observamos que el 100% de las DIRESAs auditadas, tanto en los puntos de digitación, así como en las oficinas regionales guardan la información en forma periódica. Siendo tiempo promedio de este respaldo de seguridad cada 15 días

Tabla Nº 19
Almacenamiento de respaldo de información generada por el SIII.
DIRESAs Apurímac y Ayacucho – Febrero 2011

DIRESAS	Back up de información del SIII			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Ayacucho	7	100.0	0	0.0
Apurimac	7	100.0	0	0.0

Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

Cuando se pregunto por los mecanismos utilizados y la forma de almacenaje de las copias de seguridad o respaldo de la información generada por el SIII, se encontró que el 50% de los establecimientos auditados almacenaban esta información haciendo copias de seguridad en diversas computadoras del establecimiento. Un 42.9% de los lugares auditados almacenaban la información en discos grabables externos.

Este tipo de almacenaje se realiza específicamente en las oficinas regionales de las DIRESAs auditadas. No contaban en sus oficinas con discos externos de almacenaje de información.

Tabla Nº 20
Mecanismo de almacenamiento de respaldo de información generada por el SIII.
DIRESAs Apurímac y Ayacucho – Febrero 2011

Copia de Seguridad	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Almacenamiento de bases de datos en otrs PCs	3	42.9	4	57.1	7	50.0
Backup en CD	3	42.9	3	42.9	6	42.9
Backup en USB	1	14.3	0	0.0	1	7.1
Total	7	100.0	7	100.0	14	100.0

Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

c) Procesamiento de la información

Para dar inicio al proceso de almacenamiento de la información en las DIRESAs observadas, realizan el control de calidad de los daros contenidos en los diferentes formatos de captura de información.

Tabla Nº 21
Control de calidad en la captura de datos según ítem explorados.
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Item explorados	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La responsable de inmunizaciones revisa las fichasfiliación, afiliación y atención observadas	4	100	3	75	7	87.5
La responsable de inmunizaciones remite al punto de digitación los formatos	4	100	3	75	7	87.5
La responsable de inmunizaciones tiene un registro o control escrito de este envío al punto de digitación	4	100	2	50	6	75
El digitador lleva un control escrito de la fichas/formatos que no pudieron digitarse en el sistema identificando el Establecimiento de Salud de procedencia	1	25	2	50	3	37.5
El responsable del puntos de digitación devuelve al EESS de origen las fichas (filiación, afiliación y atención) que no pudieron ingresar al sistema la primera semana de febrero 2011	4	100	2	50	6	75

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

Este proceso en las DIRESAs observadas, es realizado por la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones del establecimiento punto de digitación, encontrándose que en el 87% de los casos se revisan las fichas observadas por la responsable de inmunizaciones, en el mismo porcentaje se remite al punto de digitación y en un 75% se cuenta con un registro escrito del envío de información al punto de digitación. Para las fichas que no pudieron ingresarse en el sistema, no se cuenta con un registro de las mismas, por lo que no es posible implementar medidas correctivas al respecto, lo que les condiciona a seguir utilizando el registro de seguimiento paralelo en los establecimientos de salud.

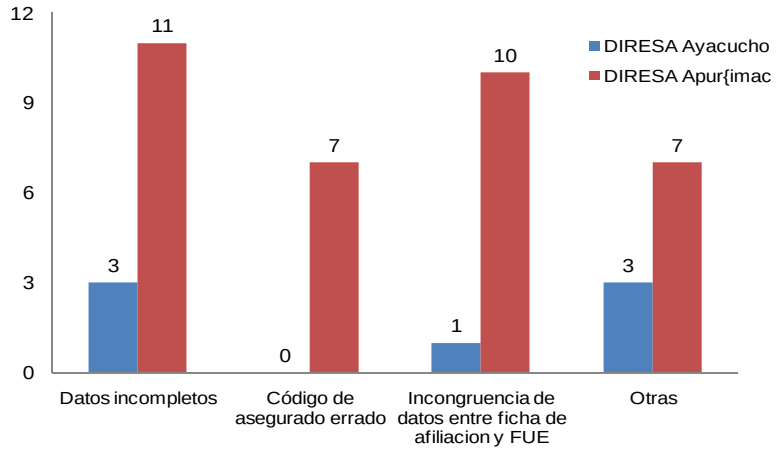
Tabla Nº 22
Proporción de Formato Único de Atención observados según punto de digitación
DIRESAs Ayacucho y Apurímac -Febrero 2011

Establecimiento	Enero 2011
CS San Juan Bautista	4.8%
CS Santa Elena	18%
CS Chalhuanca	1.5%
CS Pueblo Joven	2%

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

En la DIRESA Ayacucho se observa un elevado índice de FUA observadas a diferencia de la DIRESA Apurímac. De esta forma se evidencia que el Centro de Salud Santa Elena es el que más observaciones de FUA presento alcanzando a 18%. Los establecimientos restantes que fueron evaluados muestran un porcentaje menor de FUA observadas las que fluctúan entre 1.5 a 2%

Gráfico Nº 15
Principales dificultades identificadas en el ingreso de datos al SIII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

Entre las principales dificultades que se identificaron en el ingreso de datos se encuentra con 33% los datos incompletos, seguido de las incongruencias de datos entre la ficha de afiliación y el FUA. A pesar que en la DIRESA Ayacucho el 78% de los entrevistados manifiestan que no tienen problemas al momento del ingreso de datos, los que se presentan son atribuidos en su totalidad a cambios en el sistema como tal y no a la captura de los datos.

Tabla Nº 23
Principales dificultades identificadas en el ingreso de datos al SIII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Dificultades encontradas	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Datos incompletos	3	42.9	11	31.4	14	33.3
Codigo de asegurado errado	0	0.0	7	20.0	7	16.7
Incongruencia de datos entre ficha de afiliacion y FUE	1	14.3	10	28.6	11	26.2
Otras	3	42.9	7	20.0	10	23.8
Total	7	100.0	35	100.0	42	100.0

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

En la DIRESA Apurímac, la mayor proporción de dificultades están dadas por los datos incompletos con 31%, seguido de la incongruencia de datos entre las fichas y formatos.

d) Salida de información: Reportes

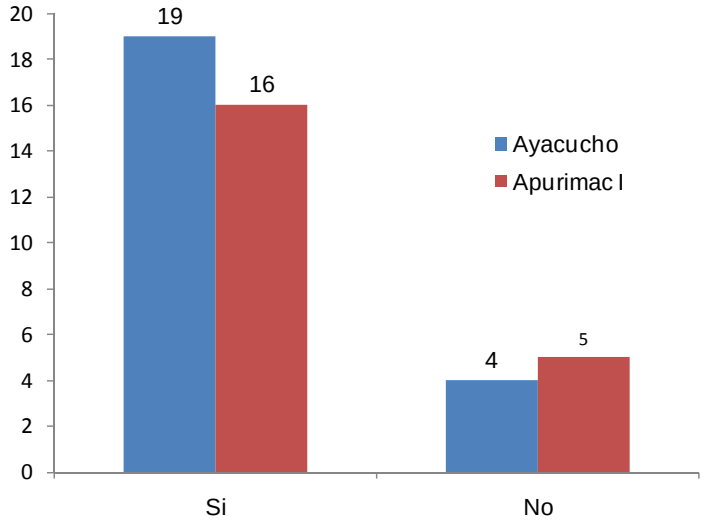
Tabla Nº 24
Percepción sobre la estructura de reportes del SIII a nivel de indicadores
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

En las DIRESAs evaluadas la percepción respecto que los reportes que genera el SIII satisfacen las necesidades de información alcanzan a 83% para la DIRESA de Ayacucho y 76% para la DIRESA de Apurímac.

Gráfico Nº 16
Comparación de la percepción sobre la estructura de reportes del SIII a nivel de indicadores
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

El promedio general de satisfacción de necesidades de información que contiene los reportes alcanza a 80%

Tabla Nº 25
Congruencia de la información entre el SIII y el Registro manual de inmunizaciones
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

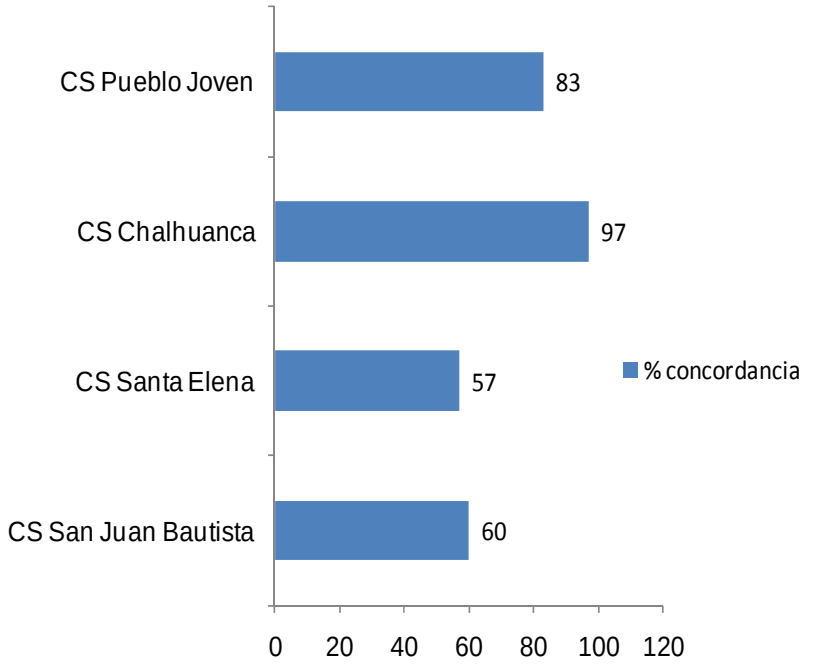
Establecimiento	% Congruencia	
	3ra dosis pentavalente	SPR
CS San Juan Bautista	63.9%	71.8%
CS Santa Elena	44.4%	50.0%
CS Chalhuanca	100.0%	95.7%
CS Pueblo Joven	100.0%	80.0%

Fuente: Auditoria del SIII - Entrevista a actores claves

De la revisión de los registros y reportes en las DIRESAs evaluadas se observo que la congruencia de datos, entre el reporte del SIII y el formato manual alcanza a 63.8% sobre la tercera dosis de la vacuna pentavalente y 72% para la vacuna SPR en el Centro de Salud San Juan Bautista. Para el caso del Centro de Salud Santa Elena la congruencia es menor para los dos casos, alcanzando el 44 y 50% respectivamente.

Para los establecimientos de salud de la DIRESA Apurímac la congruencia de datos sobre la vacuna pentavalente es total (100%), pero para la vacuna SPR es de 96% 7 80% en los Centros de Salud de Pueblo Joven y Chalhuanca respectivamente.

Gráfico N° 17
Concordancia de registro de información en el ARFSIS en las DIRESAs auditadas
Febrero 2011



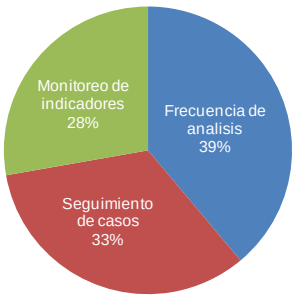
Fuente: Auditoria del SIII - Guía de observación

De las DIRESAs evaluadas se observa que el Centro de Salud de Chalhuanca es el que alcanza el más alto porcentaje de congruencia en la información que registra, seguido del C. S. Pueblo Joven, ambos pertenecientes a la DIRESA Apurímac. Los

establecimientos correspondientes a la DIRESA Ayacucho muestran bajos porcentajes de concordancia en sus registros.

3.3 Análisis de información con base en el Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones

Tabla Nº 26
Análisis de información en las DIRESAs punto de digitación. Febrero 2011



Variables	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frecuencia de analisis	4	100.0	3	75.0	7	87.5
Seguimiento de casos	4	100.0	2	50.0	6	75.0
Monitoreo de indicadores	4	100.0	1	25.0	5	62.5

Fuente: Auditoria del SIII – Guía de observación

Al análisis de la información que se realiza como producto de la entrega de los reportes del SIII, alcanzan en frecuencia al 100% en la DIRESA Ayacucho y al 75% en la DIRESA Apurímac. Los usos que se le dan a la información contenida en los reportes para el seguimiento de casos también para la DIRESA Ayacucho es alta sin embargo para la DIRESA Apurímac alcanza al 25%

Tabla Nº 27
Características de retroalimentación de información en las DIRESAs auditadas
Febrero 2011

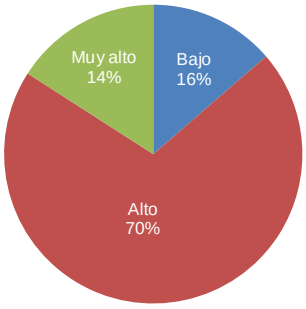
Retroalimentacón informacíon	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El establecimiento recibe los reportes de inmunización generados por el punto de digitación	4	100.0	2	50.0	6	87.5
La información proporcionada por el punto de digitación al establecimiento es oportuno (dentro del mes siguiente)	4	100.0	2	50.0	6	75.0
La Microred/punto de digitación recibe retroalimentación de un nivel superior - RED/DIRESA	4	100.0	2	50.0	6	75.0

Fuente: Auditoria del SIII – Guía de observación

El proceso de retroalimentación de la Información generados desde los puntos de digitación es de 87% en las DIRESAs de observación. Para la DIRESA de Apurímac esta proporción alcanza solo al 50%.

Siendo que las fichas y formatos bases de datos para el SIII se ingresan en los puntos de digitación, la retroalimentación a los establecimientos de salud es trascendental para el seguimiento de personas vacunadas. En este sentido la información proporcionada al EESS de manera oportuna se produce en 75% de los casos, y en la DIRESA de Apurímac este porcentaje desciende a 50%, mientras que en Ayacucho es de 100%. Del mismo modo al evaluar si la microrred recibe retroalimentación del nivel regional se observa que esta se realiza en el 75% de los casos, viéndose también afectado en este caso Apurímac al alcanzar solo el 50% de retroalimentación a las DIRESAs de las microrredes.

Tabla Nº 28
Nivel de interacción del personal de salud con el SIII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011



Interacción con el SIII	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy alto	3	13.0	3	14.3	6	13.6
Alto	18	78.3	13	61.9	31	70.5
Bajo	2	8.7	5	23.8	7	15.9
Muy Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	23	100.0	21	100.0	44	100.0

Fuente: Auditoria del SIII – Guía de observación

Se entiende como interacción a la relación de intercambio que se da entre el personal de salud y el SIII al momento de operarlo, con el objetivo de hacer más eficiente y productivas el accionar.

En ese sentido, en las DIRESAs evaluadas se pudo apreciar que el nivel de interacción del personal con el SIII es de 70% para el "NIVEL ALTO", elevándose este porcentaje a 78% para la DIRESA Ayacucho. Hay un importante 13% que considera que esta

interrelación es “MUY ALTA” que sumado a la característica anterior alcanza a 83% y 91% respectivamente de relación adecuada entre el personal y el sistema.

3.4 Sostenibilidad del SIII

Tabla Nº 29
Mecanismos de coordinación usados para la implementación del SII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Mecanismo de Coordinación	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Reuniones de programación	6	26.1	11	52.4	17	38.6
Analisis de información	16	69.6	12	57.1	28	63.6
Retroalimentación de la información	13	56.5	9	42.9	22	50.0
Reuniones de evaluación	14	60.9	7	33.3	21	47.7
Acciones de Soporte logistico	7	30.4	3	14.3	10	22.7

Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

Los mecanismos de coordinación utilizados en las DIRESAs evaluadas con miras a asegurar la sostenibilidad del SIII colocan en importante lugar a las reuniones de análisis de información con 63%, seguida de la retroalimentación de la información generada por el sistema con 50% y las reuniones de evaluación con el 47% de aceptación.

Tabla Nº 30
Percepción sobre el nivel de coordinación para asegurar
la sostenibilidad del SIII según DIRESAs de observación - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

Complementariamente la percepción sobre el nivel de coordinación realizada para asegurar la sostenibilidad del SIII de parte de las personas entrevistadas fue de "Muy adecuada" con 52% y de "Algo adecuada con 41%.

Para la DIRESA Apurímac el comportamiento es similar e incorpora un importante 14% a la opción "Poco adecuada" lo que ameritaría el reforzamiento de la misma o la re-dirección hacia los resultados que se prevé alcanzar. El comportamiento de la percepción en la DIRESA Ayacucho es similar al general.

Tabla Nº 31
Disponibilidad de financiamiento para la operación del SIII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

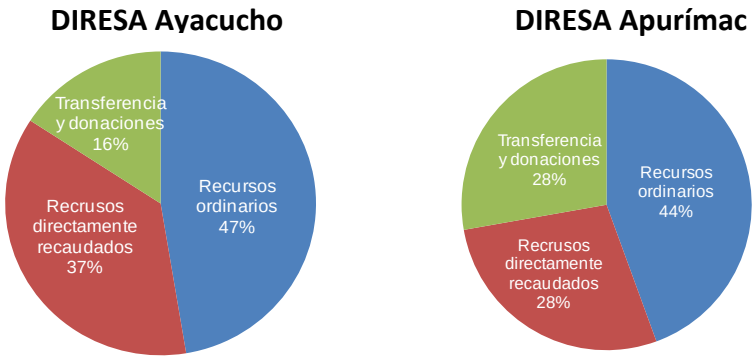
Fuente de financiamiento	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recursos ordinarios	9	47.4	8	44.4	17	45.9
Recrusos directamente recaudados	7	36.8	5	27.8	12	32.4
Transferencias y donaciones	3	15.8	5	27.8	8	21.6

Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

A la interrogante respecto de la disponibilidad de financiamiento para la operación del SIII, se obtuvo como respuesta prioritaria la dotación de recursos ordinarios con el 46%, seguida de los recursos directamente recaudados con 32.4% y en tercer lugar las trasferencias y donaciones con 22%. Similares valores se observan en ambas DIRESAs observadas.

Se tuvo un importante 17% de entrevistados que refieren que no se cuenta con financiamiento para la operación del SIII en el caso de la DIRESA Ayacucho y 14% en la DIRESA Apurímac.

Gráfico Nº 18
Comparación de disponibilidad de financiamiento para la operación del SIII
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

Tabla Nº 32
Plan de mantenimiento y reparación de equipos informáticos
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Plan de mantenimiento	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	7	30.4	8	38.1	15	34.1
No	16	69.6	13	61.9	29	65.9
Total	23	100.0	21	100.0	44	100.0

Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

En ambas DIRESAs se evidencio un elevado porcentaje de personas entrevistadas que mencionaron no contar con un plan de mantenimiento preventivo y reparación de equipos informáticos que alcanza a 66%. Sin embargo las respuestas podrían ser producto de la limitada transmisión de información relevante, que existe entre los equipos locales y regionales al respecto, dado que en las DIRESAs, se evidencio la presencia actualizada del citado documento de gestión.

3.5 Usos de la información del SIII

Contar con información oportuna, valida y confiable es una herramienta poderosa que nos permite la adecuada y oportuna toma de decisiones para las intervenciones que así se consideren pertinentes. A continuación se muestra el uso que se le da a la generación de reportes del SIII para la gestión del mismo.

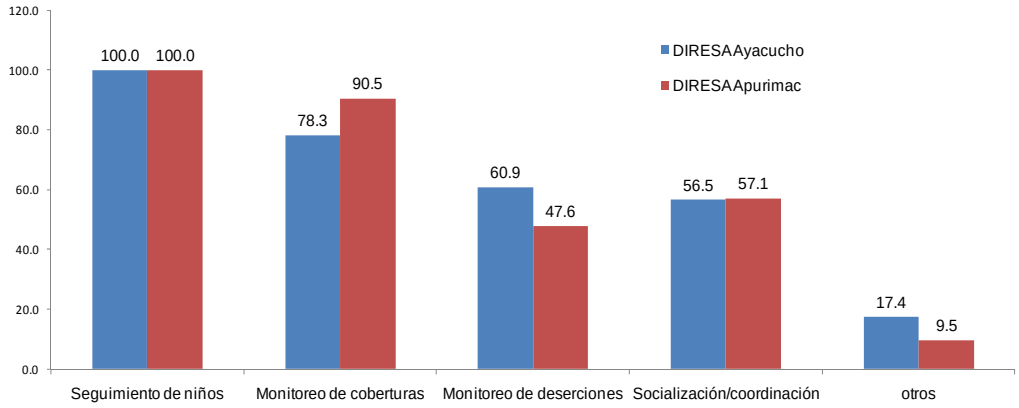
Tabla Nº 33
Uso de reportes del SIII según tipo
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011

Usos reporte SIII	DIRESA Ayacucho		DIRESA Apurímac		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Seguimiento de niños	23	100.0	21	100.0	44	100.0
Monitoreo de coberturas	18	78.3	19	90.5	37	84.1
Monitoreo de deserciones	14	60.9	10	47.6	24	54.5
Socialización/coordinación	13	56.5	12	57.1	25	56.8
otros	4	17.4	2	9.5	6	13.6

Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

La totalidad de las personas entrevistadas refieren que hacen uso del registro de seguimiento nominal y que la disponibilidad del mismo permite la optimización de los tiempos y movimientos del personal en los EESS. Los reportes que ayudan a tener claro el avance de las coberturas de vacunación y otros indicadores son utilizados en gran medida pero no en su plenitud. Aun se continúa en el uso de los reportes tradicionales.

Gráfico Nº 19
Comparación del uso de reportes del SII según tipo
DIRESAs Ayacucho y Apurímac - Febrero 2011



Fuente: Auditoria del SIII – Entrevista a actores claves

Se realizo la entrevista a 07 actores nacionales, los cuales están inmersos en la gestión del SIII. Los actores entrevistados incluían a la Oficina General de estadísticas e informática del Ministerio de Salud, la Dirección de Atención Integral de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, la gerencia de informática del Seguro Integral de Salud y del Programa Umbral de Inmunizaciones.

Tabla Nº 34
Utilidad de los reportes generados por el SIII
Ministerio de Salud, SIS Nacional y Programa Umbral de Inmunizaciones
Febrero 2011

Utilidad de los reportes del SIII	Numero	%
Si	6	85.7
No	1	14.3
Total	7	100

Fuente: Instrumento Entrevista Sede Central

Cuando se exploró sobre la utilidad de reportes del SIII en la gestión en inmunizaciones el 85.7% (6 actores) refirieron que los reportes generados por el SIII son de utilidad.

Tabla Nº 35
Respuesta a las necesidades de información por el SIII en inmunizaciones.
Ministerio de Salud, SIS Nacional y Programa Umbral de Inmunizaciones
Febrero 2011



Fuente: Instrumento Entrevista Sede Central

El 57.1% (04) de los actores nacionales entrevistados en la gestión del SIII refieren que este sistema responde parcialmente a las necesidades en inmunizaciones y esto debido a que en el SIII los reportes y su utilización están en un procesos de implementación en el país.

Tabla Nº 36
Uso de los reportes del SIII por los actores nacionales
Ministerio de Salud, SIS Nacional y Programa Umbral de Inmunizaciones
Febrero 2011

Uso de los reportes del SIII	Numero	%
Seguimiento de niños	5	71.4
Monitoreo de coberturas	4	57.1
Monitoreo de deserciones	2	28.6
Socializacion/coordinacion con equipo salud	2	28.6

Fuente: Instrumento Entrevista Sede Central

Los funcionarios y actores claves involucrados en la gestión del SIII indicaron en el 71.4% (05) que el reporte nominal del SIII son usados para el seguimiento de niños de acuerdo

a edad y esquema de inmunizaciones. El 57.1% (4) refieren que los formatos generados por el SIII son útiles para el monitoreo de coberturas en inmunizaciones.

El 28.6% (02) refieren que el uso de los reportes generados por el SIII son usados para el monitoreo de deserciones en inmunizaciones.

Tabla Nº 37
Coordinación de los entes técnicos en la gestión del SIII
Ministerio de Salud, SIS Nacional y Programa Umbral de Inmunizaciones - Febrero 2011



Fuente: Instrumento Entrevista Sede Central

Con respecto a la opinión de la coordinación de los entes técnicos en la gestión del SIII, el 85.7% de los actores nacionales refieren que esta coordinación fue algo adecuada y el 14.3% (01) que esta coordinación es poco adecuada.

Tabla Nº 38
Perspectivas relevantes en la gestión del SIII según actores nacionales
Ministerio de Salud, SIS Nacional y Programa Umbral de Inmunizaciones - Febrero 2011



Fuente: Instrumento Entrevista Sede Central

La entrevista a actores nacionales muestran que el 57.1% recomendaron usar el registro nominal para el análisis a nivel local, regional y nacional. El 42.9% recomendaron unificar los registros de información del SIII con otros formatos existentes y evaluar su uso en la toma de decisiones.

El 28.2% hicieron referencia a la integración en línea de los módulos web y desktop del SIII mediante una única validación y su acceso a la información y el 14.3% propuso incorporar en el presupuesto por resultados al SIII de manera que pueda tener una soporte financiero y asegure la continuidad de su implementación en el país.

4. Conclusiones

a) Recursos humanos:

- Los recursos humanos designados a la operación del SIII en la DIRESA Ayacucho es de 8.2% y en la DIRESA Apurímac de 5.3%. Los mismos que no se encuentran a dedicacion exclusiva al SIII, sino que comparten otras funciones propias al funcionamiento del establecimiento de salud. Esto se da de manera semejante en todos los nieles de la estructura sanitaria en las regiones. El principal recurso humano que opera en el SIII es la enfermera de quien depende la captura del dato y realiza el control de calidad del mismo.
- Se cuenta con profesionales informáticos capacitados para la operación y funcionamiento del SIII, en las oficinas regionales de ambas DIRESAs quienes realizan la asistencia técnica local para su implementación y dan soporte a las actividades del aplicativo del ARFSIS.
- En la DIRESA Apurímac, la percepción del personal de salud entrevistado refleja que el recurso humano designado a la operación de los procesos del SIII es insuficiente en el 74% de los casos. Este porcentaje se hace mas critico en la DIRESA Ayacucho que alcanza al 91%.

b) Recursos informáticos

- En las DIRESAs auditadas el promedio de equipos destinados a la operación del SIII es de 11%. En la DIRESA Apurímac este valor alcanza a 29% y en la DIRESA Ayacucho solo al 7%.
- El Centro de Salud de Chalhuanca en Apurímac, cuenta con equipos de cómputo precarios, utilizados para todas las acciones de registro de información y acciones administrativas propias del establecimiento de salud, entre ellos la operación funcionamiento del SIII.

- La Red Huamanga en Ayacucho, posee un 40% de equipos asignados para la operación del SIII, mientras que en las microrredes de Santa Elena y San Juan Bautista, solo alcanzan al 10% y 3% respectivamente y en la microrred de Centenario en Apurimac, la disponibilidad de equipos para el SIII es de 54%
- A nivel de las oficinas de las DIRESAs auditadas, el 29.2% de equipos de computo están asignados al uso exclusivo del SIII.

c) Redes de información y medios de comunicación

- En la DIRESA Ayacucho el 100% de establecimientos de salud auditados, que son puntos de digitación, poseen servicio de Internet, lo cual facilita la comunicación y transferencia de las bases mensuales de inmunizaciones en el ARFSIS, mientras que en DIRESA Apurímac este porcentaje solo alcanza al 50%.
- En las sedes que cuentan con servicio de Internet su disponibilidad horaria del mismo alcanza a más de 10 horas diarias; y a nivel de las oficinas regionales la conexión es permanente las 24 horas del día.
- El ancho de banda a nivel de los diferentes establecimientos de salud auditados es variada, alcanzando una velocidad desde 400 a 2000 Kbps.

d) Normatividad

- El 93.3% establecimientos de salud auditados, cuentan con la resolución de implementación del SIII (RM Nº 614-2010/MINSA) y las Resoluciones Jefaturales del SIS, que regula las prestaciones de inmunizaciones por el SIS.
- El 100% del personal conoce la normatividad relacionada al SIII en lo que respecta a la RM 614-2010/MINSA y en 91% la RJ 216-2008 del SIS. En la DIRESA Apurímac, el conocimiento de esta última solo alcanzó a 19%.

e) Captura y registro de datos

- En la DIRESA Apurímac, la percepción del personal de salud entrevistado refleja que el abastecimiento de formatos para la captura de datos es "Muy suficiente" respecto a los formatos de filiación, 50% para los formatos de Afiliación y FUA respectivamente.

- El 35% de los entrevistados refieren que el tiempo dedicado a la captura de datos es mayor a 2 horas y el 48% estima que este tiempo es de menos de dos horas.
- En el 75% de los casos el ingreso de la información al SIII se realiza de forma diaria, se observan escasas variaciones en ambas DIRESAs auditadas.
- La verificación de la información que reporta el SII se realiza en el 87.5% de los puntos de digitación. En la DIRESA Ayacucho este te valor alcanza a 50% y en la DIRESA Apurímac a 75%. Solo en esta última sede refieren presencia de dificultades con el aplicativo del SIII al momento del ingreso de los datos.
- En ambas DIRESAs se cumplen en el 100% con los pasos para la generación de los reportes. La información se presenta en tablas y cuadros.

f) Almacenamiento de la data o informatización del registro

- El 100% de las DIRESAs auditadas (tanto en los puntos de digitación, así como en las oficinas regionales) realizan un backup la información en forma periódica. Siendo tiempo promedio de este respaldo de seguridad cada 15 días. El 50% lo almacena en diversas computadoras y el 43% en discos duros externos.

g) Procesamiento de la información

- El control de calidad de los datos del FUA es realizado en el 87.5% por la enfermera: en la DIRESA Ayacucho este valor alcanza al 100% y en la DIRESA Apurímac al 75%, quienes a su vez lo remiten al punto de digitación.
- Solo el 37.5% de los puntos de digitación observados se cuenta con un control estricto de las fichas que no se pudieron ingresar en el ARFSIS. En la DIRESA Ayacucho este valor alcanza a 25% y en la DIRESA Apurímac a 50%.
- DIRESA Ayacucho se observa un elevado índice de FUA observadas (18% en el C.S. Santa Elena) a diferencia de la DIRESA Apurímac (1.5% en el C.S. de Chalhuanca).

- Las principales dificultades que se identificaron en el ingreso de datos al SIII son: i) datos incompletos: 33% y ii) incongruencias de datos entre la ficha de afiliación y el FUA: 26%.

h) Salida de información: Reportes

- La percepción del personal de salud entrevistado respecto a que si los reportes que genera el SIII satisfacen las necesidades de información, el 83% opina que si en la DIRESA Ayacucho y en la DIRESA Apurímac este valor alcanza a 76%.
- La congruencia de la información entre los reportes del SIII y el registro manual de inmunizaciones es mayor en la DIRESA Apurímac, (100% para la 3ra dosis de vacuna pentavalente y 87% para la vacuna SPR), a diferencia de lo observado en la DIRESA Ayacucho, 54% para la 3ra dosis de vacuna pentavalente y 61% para la vacuna SPR)

i) Análisis de información

- El análisis de información se realiza en la DIRESA Ayacucho en el 100% de los establecimientos auditados, y en la DIRESA Apurímac en el 75%.
- En la DIRESA Ayacucho se hace uso del reporte nominal para el seguimiento de los niños vacunados en el 100% de los establecimientos auditados. Para la DIRESA Apurímac este valor alcanza solo a 50%. Del mismo modo la emisión del reporte y la retroalimentación a los establecimientos de salud de parte del punto de digitación también alcanza solo al 50%.

j) Sostenibilidad del SIII

- Los mecanismos de coordinación utilizados en las DIRESAs auditadas para asegurar la sostenibilidad del SIII colocan en importante lugar a las reuniones de análisis de información (63%), seguida de la retroalimentación de la información generada por el sistema (50%) y finalmente las reuniones de evaluación (47%).

- La percepción sobre el nivel de coordinación realizada para asegurar la sostenibilidad del SIII de parte de las personas entrevistadas fue de “Muy adecuada” con 52% y de “Adecuada” con 41%.

- La percepción del personal de salud entrevistado respecto al financiamiento para la operación del SIII otorga el 46% a la disponibilidad de recursos ordinarios, el 32.4% a los recursos directamente recaudados y 22% a las trasferencias y donaciones. El 17% de los entrevistados en la DIRESA Ayacucho y el 14% en la DIRESA Apurímac, refieren que no existe financiamiento para la operación del SIII.

- Existe un alto porcentaje de personas entrevistadas que refieren no contar con un plan de mantenimiento y reparación de equipos informáticos en ambas DIRESAs que en total alcanza a 66%.

5. Recomendaciones

- El imprescindible que el SIS y la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones continúe asumiendo el impulso político de la implementación del SIII y la extensión del mismo en las regiones que aun no se ha iniciado el proceso, como Arequipa, Moquegua y La Libertad.
- Es preciso que el Ministerio de Salud continúe brindando asistencia técnica descentralizada a nivel regional en torno al SIII para garantizar la sostenibilidad de su implementación en las DIRESAS, de manera tal que permita su incorporación a la rutina de los procesos. Es necesario que el Ministerio de Salud recoja la experiencia del SIII, la mejore y amplíe en la lógica de integrar los diversos sub-sistemas de información y le permita migrar hacia un sistema gerencial de información en salud a nivel sectorial.
- Es necesario que el Ministerio de Salud recoja la experiencia del SIII, la mejore y amplíe en la lógica de integrar los diversos sub-sistemas de información y le permita migrar hacia un sistema gerencial de información en salud a nivel sectorial.
- Es necesario que el Ministerio de Salud recoja la experiencia del SIII, la mejore y amplíe en la lógica de integrar los diversos sub-sistemas de información y le permita migrar hacia un sistema gerencial de información en salud a nivel sectorial.
- El muy importante que el Seguro Integral de Salud de manera conjunta con la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud, incorpore variables de importancia local en el SIII como la restricción del ingreso de datos incongruentes -teniendo en cuenta los limitados recursos humanos y su alta rotación en los EESS- de modo que reduzca los errores en la informatización de la data, se optimice el tiempo empleado en este proceso.
- El necesario que el SIS realice la revisión de las reglas de validación y las actualice de manera tal que se revierta el índice de atenciones observadas y rechazadas.

5. Bibliografía

- Islam, M., ed. 2007. Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual. Submitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health. Disponible en: http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/
- Resolución Ministerial 614-2010/MINSA del 6 de agosto 2010, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 034-MINSA/DGSP-V.01
- Resolución Jefatural 216 – 2008/SIS del 19 de noviembre del 2008, que aprueba los documentos de aplicación para las atenciones de salud de los asegurados al Componente Subsidiado y Semisubsidiado del Seguro Integral de Salud, de conformidad con la Metodología de Cálculo del Índice de Focalización de Hogares que utiliza el SISFHO, como instrumento para identificar a las personas que son aseguradas en el SIS.
- Diplomado de Gerencia de Inmunizaciones. Unidad 4: Sistema de información Integrado de Inmunizaciones (SIII).Proyecto Umbral de Inmunizaciones-USAID. 2010
- Public Health Agency of Canada. (2010). Geographic Information Systems (GIS) for Public Health Practice. Retrieved junio 10, 2010, from Public Health Agency of Canada: http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/gis-eng.php

Anexos

ANEXO Nº 5.1
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
LISTA DE CHEQUEO

1. DISA/DIRESA.....
2. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:.....
3. FECHA: (día/mes/año).....

I. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS:

1. **Numero de recursos humanos en el EESS/MICRORED/RED**

Médico	Enfer-mera	Obste-triz	Técnico Enf.	Estadís-ticos	Ingeniero informático	Administrativo	Otro

2. **Número de personas asignadas al Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones**

Médico	Enfer-mera	Obste-triz	Técnico Enf.	Estadís-ticos	Ingeniero informático	Administrativo	Otro

II. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS NORMATIVOS Y LOGÍSTICOS:

a) Normatividad

3. **Dispone de los siguientes documentos normativos para el funcionamiento del SIII en el EESS?**
   - **a) RM N° 614-2010/MINSA SI ( ) No ( )**
   - **b) Cambiar por RJ N° 216-2008/SIS SI ( ) No ( )**

b) Recursos informático y de comunicaciones

4. **Cuantas Computadoras personal/PC cuenta en su ESS/RED**

Pentium IV	
Dual Core a mas	
Otra	

5. **Cuantas Computadoras personal/PC están asignadas para el SIII**

Pentium IV	
Dual Core a más	
Otra	

6. **Que medios emplea para la comunicación de la información del SIII con su inmediato superior (ESSS/Microred/RED/DIRESA/MINSA?**

   Vía telefónica……..1

   Vía internet……..2

   Debe acudir presencialmente…….3

   Otro (especifique)……..4

7. **Las PC del SIII cuentan con Interconexión por Internet**

   Si…….1

   No……..2

8. **Cuantas horas tienen servicio de internet**

   Menos de 4 horas diarias……1

   Entre 4 a 10 horas diarias……2

   Más de 10 horas al días……..…3

9. **Qué servicio de internet y ancho de banda tiene en su EESS/RED/DISA**

Tipo internet	Ancho de banda
Conexión a Punto fijo	
Satelital	
Otro	

c) Recursos para ingreso de información

10. **Cuentan en el EESS con algún mecanismo de almacenamiento de respaldo de la información generada (Backup)?**

    Si…… 1

    No…….. 2 Cual especifique:……

11. **¿Cree usted que cuentan con los formatos suficientes para el registro del SIII en su EESS/RED/MICRORED para los 3 meses siguientes: (Marque: 1) Muy suficiente 2) Algo suficiente 3) Poco suficiente 4) Nada suficiente)**

Ficha de filiación…….…….……..... 1 2 3 4

Ficha de Afiliación…….…….……..... 1 2 3 4

Formato único de atención…….…….. 1 2 3 4

12. **Cuenta con instructivos vigentes del SIS y SIII para el registro de la información de inmunizaciones**

Indicador	SI	NO
a. Instructivos contenidos en la RJ N° 157-2008/SIS		
Ficha de afiliación semisubsidiado		
Ficha de afiliación subsidiado		
Formato Único de Atención		
b. Instructivos contenidos en la RM N° 614-2010/MINSA (Directiva Sanitaria N°034 MINSA/DGSP-V.01		
Instructivo de la ficha de registro de No asegurados		
Cartilla complementaria para el registro de inmunizaciones		

ANEXO Nº 5.2

GUIA DE OBSERVACION PARA LA AUDITORIA DEL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA AUDITORIA DEL SISITEMA DE INFORMACION INTEGRADO DE INMUNIZACIONES.

Instrucciones:

- Realizar la observación para cada uno de los procesos en la atención de de niños menores de 5 años, en el EESS/Microred/RED/DISA en el momento de la visita
- Proceder a la revisión de los fichas/formatos (filiación, afiliación y atención) del niño menor de 5 años atendido

4. *DISA/DIRESA*.....
5. *NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:*.....
6. *FECHA DE ENTREVISTA: (día/mes/año)*.....
7. *Horade inicio:*.....

Variable de observación 1: Registro de filiación y afiliación	Si	No
1. Registra el nombre y apellidos del niño con letra legible		
2. Registra el Nº de historia clínica del niño atendido		
3. Registra el Nº de DNI del niño atendido		
4. Registra la dirección del niño con letra legible		
5. Registra la edad del niño.		
Variable de observación 2: Registro de la prestación de inmunizaciones (FUA)	Si	No
6. Registra el nombre y apellidos del niño con letra legible		
7. Registra correctamente la fecha nacimiento del niño (dd/mm/aaaa)		
8. Registra la variable sexo del atendido		
9. Registra la fecha de atención del niño correctamente (dd/mm/aaaa)		
10. Registra la vacuna y dosis aplicada		
Variable de observación 3: Digitación de la información	Si	No
11. El responsable de digitación revisa la cantidad de formatos ingresados y lo contrasta con el reporte de digitación (Observar procedimiento)		
12. Presenta dificultad con el uso del aplicativo SIS al momento del ingreso de datos (observar el procedimiento)		
13. Cuantos formatos recibió en enero 2011(FUA, Filiación y Afiliación)	Numero	
14. Describa las dificultades observadas (verificar informes de problemas detectados y preguntar directamente al digitador)		
Variable de observación 4: Control de calidad de datos	Si	No
15. La responsable de inmunizaciones revisa las fichas/formatos (filiación,		

afiliación y atención) observadas (Observar procedimiento realizado)		
16. La responsable de inmunizaciones remite al punto de digitación los formatos (Verificar Cuaderno de control o cargo)		
17. La responsable de inmunizaciones tiene un registro o control escrito de este envío al punto de digitación		
18. El digitador lleva un control escrito de la fichas/formatos que no pudieron digitarse en el sistema identificando el Establecimiento de Salud de procedencia (Verificar en cuaderno de control o cargo)		
19. El responsable del puntos de digitación devuelve al EESS de origen las fichas o formatos (filiación, afiliación y atención) que no pudieron ingresar al sistema la primera semana de febrero 2011 (Verificar cargo de devolución y reporte de fichas no ingresadas)		
20. Porcentaje de FUA observados por el punto de digitación en enero 2011.	Porcentaje	
21. Numero de FUA enviados al punto de digitación (DG) enero 2011 ---------- x 100 Numero de atenciones en el registro manual de vacunas enero 2011		
Variable de observación 5: Integración de la información	Si	No
22. Sigue los pasos para la generación de reportes de inmunización en el ARFSIS (observar el procedimiento en pantalla utilizado por el aplicativo ARFSIS)		
23. La información del SIII se presenta en tablas o cuadros		
24. La información del SII se presentan en gráficos o mapas		
Variable de observación 6: Retroalimentación de la información	Si	No
25. El establecimiento recibe los reportes de inmunización generados por el punto de digitación (verificar el reporte nominal de vacunas y seguimiento)		
26. La información proporcionada por el punto de digitación al establecimiento es oportuno (dentro del mes siguiente) (Verificar cargo o confirmación electrónica correspondiente del último reporte)		
27. La Microred/punto de digitación recibe retroalimentación de un nivel superior - RED/DIRESA. (Verificar informes, documentos y/o indicaciones recibidas, verificar fecha de recepción)		
28. Frecuencia de retroalimentación (Verificar informes, documentos y/o indicaciones recibidas, verificar fecha de recepción de los últimos 2 meses)	Número	
Variable de observación 7: Análisis de la información		
29. Frecuencia con que realizan el análisis de la información generada por el SIII (verificar actas de reunión o informes)	Número	
30. Utiliza la información para realizar el seguimiento de las coberturas de inmunizaciones (Ver archivo Excel del último mes del reportes del SIII)	Si	No
31. Utiliza la información para determinar la deserción de las coberturas de vacunación de su jurisdicción sanitaria (Ver archivo Excel del último mes del reportes del SIII)		

Tabla N° 1

Congruencia del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones

Mes de análisis	Reporte del Software (RSW)		Registro manual confiable (RMC) (registrar fecha de corte)		% de Congruencia*	
	3° Dosis de Pentavalente	SPR	3° Dosis de Pentavalente	SPR	3° Dosis de Pentavalente	SPR
	Menores de 1 año (N°)	Niños de 1 año (N°)	Menores de 1 año (N°)	Niños de 1 año (N°)	Menores de 1 año (N°)	Niños de 1 año (N°)
Enero 2011						

*El porcentaje de congruencia es el resultado de la división del número del reporte del software (RSW) entre el número del registro manual confiable (RMC):

FORMULA:

$$\% \text{ de Congruencia} = \frac{\text{R SW}}{\text{RMC}} \times 100$$

Tabla N° 2

Congruencia entre el registro del Formato Único de Atención y el Registro ingresado en el ARFSIS

Mes de análisis	3° Dosis de Pentavalente				SPR			
	Registro en el FUA		Registro en el ARFSIS		Registro en el FUA		Registro en el ARFSIS	
	Tipo de vacuna	Nº dosis	Tipo de vacuna	Nº dosis	Tipo de vacuna	Nº dosis	Tipo de vacuna	Nº dosis
Enero 2011								

FORMULA:

% de Congruencia por vacuna = __R FUA__ x 100
RARFSIS

ANEXO Nº 5.3

IINSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

ENTREVISTA

Buenos días/tardes: Estamos realizando la auditoria del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones para conocer su estructura, funcionamiento y utilidad de este sistema en la gestión de la Estrategia de Inmunizaciones. Garantizamos la confidencialidad de la información. Agradecemos su colaboración y la sinceridad de sus respuestas

8. DISA/DIRESA.....
9. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:.....
10. FECHA DE ENTREVISTA: (día/mes/año).....
11. Hora de inicio:.....

I. RECURSOS HUMANOS:

a) Características del entrevistado

1. Sexo del entrevistado:
Hombre.....1
Mujer.....2

2. Edad del entrevistado:

3. Profesión o especialidad
Medico/a..... 1
Enfermero/a.....2
Estadístico..... 3
Técnico enfermería..... 4
Otros (especificar)..... 5

_____

4. Área/servicio en el que trabaja

_____

5. Actividad que realiza
Jefatura..... 1
Labor asistencial..... 2
Labor administrativa..... 3
Otro (especificar)..... 4

_____

6. Condición Laboral
Nombrado..... 1
Contratado CAS..... 2
Servicios no personales..... 3
Otro (especificar)..... 4

7. Tiempo de trabajo en el Área/servicio
Menos de 6 meses..... 1
Entre 6 y 12 meses..... 2
Más de 12 meses..... 3

b) Coordinación y liderazgo

8. Ha recibido capacitación sobre el Sistema de información Integrado de Inmunizaciones (SIII)
Si..... 1
No..... 2

9. Hace cuanto tiempo ha recibido capacitación sobre el SIIII
Menor de 5 meses..... 1
Más de 5 meses..... 2

10. ¿Qué mecanismos de coordinación desarrolla en el EESS/Microrred/RED

/DIRESA/MINSA para asegurar el éxito en la implementación del SIII

Reuniones de programación…….. 1

Análisis de información…….. 2

Retroalimentación de la información.. 3

Reuniones de evaluación…….. 4

Acciones de Soporte logístico…… 5

11. ¿El personal asignado a las siguientes tareas son suficientes? SI NO

Registro y filiación…… ( ) ( )

Registro del FUA…….. ( ) ( )

Control de calidad del registro… ( ) ( )

Análisis…… ( ) ( )

Integración de la información… ( ) ( )

II. POLITICAS Y REGULACION

12. ¿Cuáles son los contenidos principales de la directiva 034 aprobada con RM N° 614-2010/MINSA?

Implementación del SIII…….. 1

Ficha de filiación…….. 2

Cartilla complementaria para el registro de Inmunizaciones en el FUA…… 3

Formato de afiliación…… 4

13. Respecto a la Directiva sanitaria 034-MINSA/DGSP (Marque lo verdadero).

El EESS debe de registrar nominalmente a cada persona vacunada, sean estas afiliadas al SIS o no mediante la FUA……..1

Los puntos de digitación envían información a la ODSIS para su integración y remisión a la sede central del SIS……..2

El SIS integra la información de cada una de las DISAs/DIRESAs…….. 3

El personal del EESS responsable de la vacunación y digitación realiza el control de calidad de los formatos de registro……4

III. GENERACION Y REGISTRO DE DATOS

14. La frecuencia de ingreso de datos del SIII al aplicativo informático lo realiza en forma:

Diaria……1

Cada 2 días…… 2

Cada semana…….. 3

Cada mes…….. 4

15. Se le presento alguna dificultad al momento del ingreso de datos en el aplicativo SIS

Si……1

No……2

Cuales:

a) Datos incompletos……..1
b) Código de asegurado errado……2
c) incongruencia de datos entre ficha de afiliación y FUA……..3
d) otros ……4

IV. SOSTENIBILIDAD

16. ¿Es posible que el SIII reemplace a los informes analíticos y al HIS a futuro?

Muy posible…… 1

Algo posible…… 2

Poco posible…….. 3

Nada posible…….. 4

17. ¿Existe una adecuada coordinación en la gestión del SIII que asegure la sostenibilidad de su operación?

Muy adecuada…… 1

Algo adecuada…….. 2

Poco adecuada…….. 3

Inadecuada…….. 4

18. ¿Existe financiamiento disponible para la operación del SIII?

SI…….. 1

NO…….. 2

Fuente de financiamiento:

Recursos Ordinarios…… 1

Recursos Directamente recaudados….. 2

Transferencias y donaciones……..3

Otros…… 4

19. ¿El SIII responde a las necesidades de información sobre la atención a niños en inmunizaciones?

Totalmente…… 1

Parcialmente…….. 2

En alguna medida…….. 3

No se adecua…… 4

20. Cuál es el grado de interacción del personal de salud con el SIII

Muy alto……1

Alto…… 2

Bajo…… 3

Muy bajo…….. 4

21. ¿Cuentan con un plan de reparación y mantenimiento para los equipos informáticos del EESS?

Si……1

No……2

22. El abastecimiento de formatos para el registro de información es:

Muy adecuado…… 1

Algo adecuado…… 2

Poco adecuado…….. 3

Inadecuado…….. 4

V. USO Y DISEMINACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN

23. ¿Qué tiempo de la jornada diaria dedica al registro de información para el SIII?

Menos de 1 hora…… 1

De 1 a 2 horas…….. 2

+ de 2 horas…….. 3

Otro…….. 4

24. Le es de utilidad los reportes que genera el SIII?

Si……1

No…….. 2 (pase a la preg.26)

No…….. 2

Porque:……
……

25. En que usa los reportes del SIII? (+1)

Seguimiento de niños…… 1

Monitoreo de coberturas…….. 2

Monitoreo de deserciones……. 3

Socialización/coordinación

con el equipo de salud…… 4

Otros usos…….. 5

26. ¿La estructura de los reportes del SIII a nivel de indicadores satisfacen las necesidades de información de los distintos niveles de decisión de gobierno?

Si…….. 1

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

FIRMA: _____

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

……
……
……
……
……
……
……
……

ENCUESTADOR… AQUI TERMINA LA ENCUESTA…GRACIAS¡¡

CONTROL DE CALIDAD INDIVIDUAL FECHA ____ HORA ____ FIRMA ____

CONTROL DE CALIDAD CRUZADO FECHA ____ HORA ____ FIRMA ____

ANEXO Nº 54
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
ENTREVISTA SEDE CENTRAL

Buenos días/tardes: Estamos realizando la auditoria del Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones para conocer su estructura, funcionamiento y utilidad de este sistema en la gestión Estrategia de Inmunizaciones del Ministerio de Salud. Garantizamos la confidencialidad de la información. Agradecemos su colaboración y la sinceridad

1. INSTITUCION:.....

I. RECURSOS HUMANOS:

a) Características del entrevistado

1. **Sexo del entrevistado:**
   Hombre.....1
   Mujer.....2
2. **Edad del entrevistado:** ☐
3. **Profesión o especialidad**
   Medico/a..... 1
   Enfermero/a.....2
   Ingeniero Informático..... 3
   Otros (especificar)..... 4
   _____
4. **Actividad que realiza**
   Jefatura/Dirección..... 1
   Coordinación..... 2
   Equipo técnico..... 3
   Otro (especificar)..... 4
   _____
5. **Tiempo de trabajo en el área**
   Menos de 6 meses..... 1
   Entre 6 y 12 meses..... 2
   Más de 12 meses..... 3

b) Coordinación y liderazgo

6. **Ha organizado capacitaciones sobre el Sistema de información Integrado de Inmunizaciones (SIII)**
   Si..... 1
   No..... 2 (Pase a la preg. 9)
7. **¿A quién fue dirigida la capacitación sobre el SIII?**
   Equipos Técnicos Nacionales..... 1
   Equipos Técnicos Regionales..... 2
   Coordinadores regionales de ESNI..... 3
   Puntos de digitación locales..... 4
   Responsables de ODSIS..... 5
   Responsables de estadística..... 6
   Otros (especificar)..... 4
   _____

8. **¿Hace cuanto tiempo se realizo la capacitación?**

Menor de 5 meses…….. 1

Más de 5 meses…….. 2

9. **¿Qué actividades ha desarrollado el SIS/MINSA/UMBRAL para asegurar el éxito en la implementación del SIII?**

Capacitación…….. 1

Asistencia Técnica a regiones…… 2

Monitoreo y Supervisión…….. 3

Retroalimentación de la información... 4

Reuniones de evaluación…….. 5

Acciones de Soporte logístico…… 6

Otros (especificar)……..7

_____

II. POLITICAS Y REGULACION

10. **¿Existe normatividad para la implementación del SIII?**

SI…….. 1

NO…….. 2

¿Cuáles?.....

.....

.....

11. **Que herramientas informáticas establece la normatividad para el registro de inmunizaciones?**

HIS…… 1

SIS……2

SISMED…….. ..3

Otros, especifique……4

III. GENERACION Y REGISTRO DE DATOS

12. **La frecuencia de recepción de datos de las DISA/DIRESA del aplicativo informático del SIII se realiza en forma:**

Cada semana…….. 1

Cada mes…….. 2

Cada Trimestre…….. 3

13. **Se le presento alguna dificultad al momento de la integración de datos en el aplicativo SIS**

Si……1

No……2

¿Cuáles?:

a) ……
b) ……
c) ……
d) ……
e) ……

IV. SOSTENIBILIDAD

14. **¿Existe una adecuada coordinación entre los entes técnicos relacionados para la gestión del SIII, que asegure la sostenibilidad de su operación?**

Muy adecuada…….. 1

Algo adecuada…….. 2

Poco adecuada…….. 3

Inadecuada…….. 4

15. **¿Existe financiamiento disponible para la operación y mantenimiento del SIII?**

SI…….. 1

NO…….. 2

Fuente de financiamiento:

Recursos Ordinarios…… 1

Recursos Directamente recaudados….. 2

Transferencias y donaciones……..3

Otros…… 4

16. **¿Es posible que el SIII reemplace a los informes analíticos y al HIS a futuro?**

Muy posible…… 1

Algo posible…… 2

Poco posible…….. 3

Nada posible…… 4

V. USO Y DISEMINACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN

17. **¿El SIII responde a las necesidades de información sobre la atención en inmunizaciones?**

Totalmente…… 1

Parcialmente…….. 2

En alguna medida…….. 3

No se adecua…… 4

¿Porque?

_____

_____

18. **¿Cuáles son los reportes que genera el SIII?**

Seguimiento de niños…… 1

Monitoreo de coberturas…….. 2

Monitoreo de deserciones……. 3

Otros, especificar……..4

19. **Le es de utilidad los reportes que genera el SIII?**

Si……..1

No…… 2 (pase a la preg.21)

20. **En que usa los reportes del SIII? (+1)**

Seguimiento de niños…… 1

Monitoreo de coberturas…….. 2

Monitoreo de deserciones…….. 3

Socialización/coordinación

con el equipo de salud…… 4

Otros usos…….. 5

21. **¿La estructura de los reportes del SIII a nivel de indicadores satisfacen las necesidades de información de los distintos niveles de decisión de gobierno?**

Si…….. 1

No…….. 2

Porque:……

21 ¿Tiene alguna recomendación final sobre el SIII?

22 ¿Tiene algún comentario final sobre el SIII?

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENCUESTADOR… AQUI TERMINA LA ENCUESTA…GRACIAS¡¡

CONTROL DE CALIDAD INDIVIDUAL FECHA _____ HORA _____ FIRMA _____

CONTROL DE CALIDAD CRUZADO FECHA _____ HORA _____ FIRMA _____

Monitoring

(see Table 1) MCC Indicators Measurement Report in the Integrated Immunizations Information System (SIII).

TABLE 1: PERU IMMUNIZATION THRESHOLD PROGRAM (ITP)– RESULT REPORTING TABLE (RRT) MCC-USAID- MoH

					JAN-FEB 2011			
					Milestone		Indicator	
	Performance Indicator Name	End Result	Baseline Jan-Dec 2008	Progress Jan-Dec 2009	Definition	Progress	Definition	Progress
1	DHS coverage of MMR and DPT3 in 8 Prioritized Regions	95%	76.7% DPT3 80.1% MMR (DHS 2008)	74.9% DPT3; 76.9%MMR (DHS 2009)	Number of IB funded in 2011	149 IB funded for 2011 (93%).See Appendix 15	(DHS 2009 - Weighted average for 8 Prioritized Regions)	72.4% DPT3 83.9% MMR Preliminary DHS report 2010-I. See Appendix 16
					MCC indicator: NEA SIGA reports for AISPED equipment	92.93% From the 707 donated items, 657 have NEA-SIGA. See Appendix 1	Immunization cluster survey 8 regions (Cuanto SA)	83.9% DPT3 86.4% MMR See Appendix 9
					Guidelines to follow up itinerant brigades performance	In process, the proposal will be concluded for February 2011		
	OGEI- DIRESA_MoH in 8 Prioritized Regions		81.59% DPT3 (Penta) 77.44% SPR	82.09% DPT3 (Penta) 80.65% SPR			OGEI-DIRESA Coverage Jan-Dec 2010:	76.02% DPT3 (Penta) 80.10% SPR See Appendix 17
	OGEI- DIRESA_MoH in 17 Prioritized Regions		89.42% DPT3 (Penta) 86.06% SPR	89.55% DPT3 (Penta) 89.99% SPR}			OGEI-DIRESA Coverage Jan-Dec 2010:	86.12% DPT3 (Penta) 90.67% SPR See Appendix 17
2	Regional storage with adequate vaccine supply	95%	Adequate vaccine supply	Adequate vaccine supply	Biosafety manual	Avanced, Preliminary technical document.		
					Guidelines to data entry (cold chain equipment) in SIGA software	Completed, technical document: "Guidelines to cold chain equipment data entry in SIGA software, 2010 USAID-MCC/MEF-MINSA". See Appendix 10		
					Proposal of plan to improve the logistics process of vaccines supply at central and regional level	Completed, technical document: "National and regional plan to improve logistics process of vaccines supply". See Appendix 13		

	DIRESA-MoH		Jan-Dec 2008: 67.09% at health facilities	Jan-Dec 2009: 81.62% at health facilities			Regional storage with adequate vaccine supply (Source: Official data at regional level)	Jan-Dec 2010: 96.68%
3	Time for health centers to receive information from IBs	7	days	days	17 SIII workshops done	Completed: 31 SIII workshops scaling 12 workshops to train IIS supervisors. See Appendix 19 34 supervisions done by trained supervisors		
					PDA National workshops done	Completed: National workshop and 1343 health workers trained in PDA use (79 average workers by 17 regions).See Appendix 20		
					Development of 2° version of GIS software	Completed: GIS version 2.0 available. It was decided to add two more regions (Cajamarca and San Martín) to this initiative. During January will be completed the validation process using GIS maps in this regions. See Appendix 21		
	ITP survey in administrative unit		Jan-Dec 2008: 12.9 days	Jan-Dec 2009: 8.1 days administrative units			Time for DIRESA and central level to receive information from health facilities (SIII)	Oct-Dec 2010: 6.75 days (n=2558 registers)
							Time for health centers to receive information from IB (SIII -PDA)	Oct-Dec 2010: 13.46 days (n=1437 registers)

4	Registry errors in data reported to DIRESAs	15%			Official resolution of procedure for monitoring of immunization activities	Presentation of the Ministerial Resolution No. 614-2010/MINSA Health Directive No. 034-MINSA/DGSP-V.01 of Integrated Information System Immunization in national meetings and workshops involving all Regional Health Directorates and Health Directorates. See Appendix 14		
	ITP survey at health facilities		Jan-Dec 2008: 29.50% (n=237)	Jan-Dec 2009 18% (n=237)			Registry errors in data reported to DIRESAs (SIII)	Oct-Dec 2010 8.50% (n=554 registers)