

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**Planeamiento Estratégico para el Primer Nivel de Atención Pública del
Sector Salud de la Región Junín**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE EMPRESAS**

**OTORGADO POR LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

PRESENTADA POR

Jaime Espinoza Calixto

Cristina Gamarra Zárate

Steve Torres Rojas

Cinthy Villanueva López

Asesor: Victor Miguel Miranda Arica

Surco, setiembre de 2017

Agradecimientos

A nuestro asesor, maestros y profesionales consultados, quiénes han compartido sus conocimientos para desarrollar el presente documento el cual esperamos que contribuya al desarrollo del primer nivel de atención pública del sector de salud de la región Junín.

Dedicatorias

A mi padres por ser la inspiración para mi vida profesional. A todos los profesionales de salud peruanos quienes buscan oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional en países donde el sistema de salud les otorga escenarios favorables para el mismo.

Cinthy Villanueva

A Fredy y Carmela, mis padres por su gran amor y apoyo incondicional para hacer realidad este sueño.

A mi esposa e hijos por su apoyo incondicional.

A mi hijo por ser el motor de mi vida.

Cristina Gamarra

Jaime Espinoza

Steve Torres

Resumen Ejecutivo

El primer nivel de atención pública del sector salud en la región Junín es uno de los sectores con mayor importancia en el Perú por su relación directa con la población y el crecimiento de los demás sectores económicos en la región, por lo que el gobierno peruano, ha prestado atención y urgencia para el desarrollo sostenible de la misma. Este nivel de atención pública presenta problemas serios en la gestión de recursos para la prestación de servicios de salud a los usuarios, debido al inadecuado proceso de abastecimiento de recursos, deficiente gerenciamiento de los servicios críticos, disminuida capacidad de los operadores a cargo de dichos procesos e inoportuna toma de decisiones, todo ello acompañado de los diferentes cambios políticos, estructura burocrática y de intereses propios de organismos e instituciones que dependen del sector, que ocasionan inestabilidad e insostenibilidad en la gestión. Asimismo, este nivel de atención se encuentra lejos de la tecnología moderna e innovadora por el escaso recurso económico que enfrenta, así como centrar los servicios en papeles de trabajo que la hacen ineficiente e improductiva, acompañado por el recurso humano desmotivado por los diferentes regímenes laborales que enfrenta, la ineficiente gestión de medicamentos e insumos que genera el desabastecimiento de los mismos, una infraestructura antigua e inconclusa y la ausencia de la cultura en la prevención de enfermedades en la población.

En ese sentido, el presente plan estratégico plantea estrategias y planes de acción con el fin de que el primer nivel de atención pública de la región Junín sea reconocida en la macro región del centro del Perú por ofrecer un servicio de calidad en la prevención de salud por tener: (a) una prestación de servicios eficiente, (b) abastecimiento adecuado de medicamentos, (c) equipamiento médico operativo, y (d) una infraestructura adecuada para la prestación de servicios.

Abstract

The first level of public attention in the health sector in the region of Junin is one of the most important levels in Peru because of its direct relation with the population and the growth of the other economic sectors in the region, that is why the Peruvian government recently has given attention to its development, it has presented management problems due to the complex and bureaucratic structure it faces. At the same time, this level of attention is far from modern and innovative technology because of the scarce economic resources it, as well as the administrative section which is inefficient and unproductive, accompanied by demotivated personal. Also the inefficient management of medicines and supplies that generates its shortage of and an old infrastructure, unfinished and without the necessary conditions for the attention of services.

The other problem is the first level of public attention in the health sector in the region of Junin is the absence of a culture in health promotion and disease prevention in the health sector in Peru is fragmented. In this sense, the current strategic plan proposes strategies and plans of action in order that the first level of public attention of the Junín region be recognized in the macro region of central Peru for offering a quality service in health to have : (a) efficient provision of services, (b) adequate supply of medicines, (c) operational medical equipment, and (d) adequate infrastructure for the provision of services.

Tabla de Contenidos

Lista de Tablas	viii
Lista de Figuras.....	xii
El Proceso Estratégico: Una Visión General	xv
Capítulo I: Situación General del Primer Nivel de Atención Pública del Sector	
Salud de la Región Junín.....	1
1.1. Situación General	1
1.2. Conclusiones	38
Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética	40
2.1. Antecedentes	40
2.2. Visión	40
2.3. Misión	40
2.4. Valores	41
2.5. Código de Ética	41
2.6. Conclusiones	42
Capítulo III: Evaluación Externa.....	44
3.1. Análisis Tridimensional de las Naciones	44
3.1.1. Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)	45
3.1.2. Potencial nacional.....	47
3.1.3. Principios cardinales.....	49
3.1.4. Influencia del análisis en el sector salud	52
3.2. Análisis Competitivo del País	53
3.2.1. Condiciones de los factores	54
3.2.2. Condiciones de la demanda	55
3.2.3. Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas	56

3.2.4. Sectores relacionados y de apoyo	56
3.2.5. Influencia del análisis en el sector salud	57
3.3. Análisis del Entorno PESTE	57
3.3.1. Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P)	57
3.3.2. Fuerzas económicas y financieras (E)	76
3.3.3. Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)	85
3.3.4. Fuerzas tecnológicas y científicas (T)	99
3.3.5. Fuerzas ecológicas y ambientales (E).....	101
3.4. Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)	103
3.5. El primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín y sus competidores	105
3.5.1. Poder de negociación de los proveedores.....	105
3.5.2. Poder de negociación de los compradores.....	107
3.5.3. Amenaza de los sustitutos	108
3.5.4. Amenaza de los entrantes	108
3.5.5. Rivalidad de los competidores.....	108
3.6. El primer nivel de atención pública en salud de la región Junín y sus Referentes...	114
3.7. Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR)	120
3.8. Conclusiones	124
Capítulo IV: Evaluación Interna.....	126
4.1. Análisis Interno AMOFHIT	126
4.1.1. Administración y gerencia (A)	126
4.1.2. Marketing y ventas (M).....	132
4.1.3. Operaciones y logística. Infraestructura (O)	136
4.1.4. Finanzas y contabilidad (F)	143

4.1.5. Recursos humanos (H)	148
4.1.6. Sistemas de información y comunicaciones (I).....	153
4.1.7. Tecnología e investigación y desarrollo (T).....	154
4.2. Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI).....	155
4.3. Conclusiones	155
Capítulo V: Intereses del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la	
 Región Junín y Objetivos de Largo Plazo	158
5.1. Intereses del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región	
Junín.....	158
5.2. Potencial del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región	
Junín.....	160
5.3. Principios Cardinales del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud	
de la Región Junín.....	162
5.4. Matriz de Intereses del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la	
Región Junín (MIO).....	163
5.5. Objetivos de Largo Plazo	163
5.6. Conclusiones	166
Capítulo VI: El Proceso Estratégico	167
6.1. Matriz de Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)	167
6.2. Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de Acción (MPEYEA)	170
6.3. Matriz Boston Consulting Group (MBCG).....	173
6.4. Matriz Interna Externa (MIE)	175
6.5. Matriz Gran Estrategias (MGE).....	176
6.6. Matriz de Decisión Estratégica (MDE).....	176
6.7. Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE).....	178

6.8. Matriz de Rumelt (MR).....	178
6.9. Matriz de Ética (ME)	178
6.10. Estrategias Retenidas y de Contingencia	178
6.11. Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo.....	184
6.12. Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos.....	184
6.13. Conclusiones	184
Capítulo VII: Implementación Estratégica	188
7.1. Objetivos de Corto Plazo	188
7.2. Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo	190
7.3. Políticas de cada Estrategia.....	191
7.4. Estructura Organizacional del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín	191
7.5. Medio Ambiente, Ecología, y Responsabilidad Social.....	196
7.6. Recursos Humanos y Motivación	197
7.7. Gestión del Cambio.....	197
7.8. Conclusiones	199
Capítulo VIII: Evaluación Estratégica	200
8.1. Perspectivas de Control.....	200
8.1.1. Aprendizaje interno	200
8.1.2. Procesos.....	200
8.1.3. Clientes.....	201
8.1.4. Financiera	201
8.2. Tablero de Control Balanceado (<i>Balanced Scorecard</i>)	201
8.3. Conclusiones	201

Capítulo IX: Competitividad del Primer Nivel de Atención Pública del Sector

Salud en la región Junín.....	203
9.1. Análisis Competitivo del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud en la región Junín.....	203
9.2. Identificación de las Ventajas Competitivas del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín.....	203
9.3. Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín.....	204
9.4. Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres.....	204
9.5. Conclusiones.....	205
Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones.....	206
10.1. Plan Estratégico Integral (PEI).....	206
10.2. Conclusiones Finales.....	206
10.3. Recomendaciones Finales.....	208
10.4. Futuro del Primer Nivel de Atención Público del Sector Salud en Junín.....	210
Referencias.....	213
Apéndices A: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al 2017 – 2027.....	228
Apéndices B: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al 2017 – 2027.....	235
Apéndices C: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al 2017 – 2027.....	241
Apéndices D: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al 2017 – 2027.....	248

Apéndices E: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De

Junín al 2017 – 2027 255



Lista de Tablas

Tabla 1	<i>Indicadores Demográficos de las Regiones Macrocentro del Perú, 2015</i>	20
Tabla 2	<i>Indicadores Socioeconómicos de las Regiones Macrocentro del Perú, 2014-2015</i>	22
Tabla 3	<i>Indicadores de Morbilidad en las Regiones del Macrocentro del Perú</i>	23
Tabla 4	<i>Indicadores de Mortalidad de las Regiones del Macrocentro del Perú</i>	25
Tabla 5	<i>Indicadores de Recursos, Acceso y Cobertura de las Regiones del Macrocentro del Perú</i>	26
Tabla 6	<i>Razón de Profesionales de Salud por Establecimiento de Salud en Junín, 2015</i>	32
Tabla 7	<i>Comparación de abastecimiento de disponibilidad de medicamentos por niveles de atención, 2013 al 2016</i>	34
Tabla 8	<i>Avance del Presupuesto Asignado a Gestión por Parte del MEF</i>	38
Tabla 9	<i>Matriz de Intereses Nacionales (MIN)</i>	46
Tabla 10	<i>Categorización de los Establecimientos de Salud en el Perú</i>	61
Tabla 11	<i>Categorías del Primer Nivel de Atención, con Personal a Cargo y Función</i>	62
Tabla 12	<i>Recurso Humano del MINSA y GORE del Perú, 2013-2015</i>	65
Tabla 13	<i>Comportamiento Demográfico del Perú por Departamentos, 2016</i>	86
Tabla 14	<i>Indicadores Demográficos del Perú por Regiones 2010 al 2015</i>	87
Tabla 15	<i>Proyección Demográfica por Edades y Género de la Región Junín hasta el 2025</i>	89
Tabla 16	<i>Población Economicamente Activa Ocupada por Departamentos en el Perú al 2015</i>	91
Tabla 17	<i>Distribución de Hogares por Niveles Socioeconómicos en las Regiones del Perú 2016</i>	93

Tabla 18	<i>Población con al Menos una Necesidad Básica Insatisfecha por Departamentos 2007 – 2015</i>	95
Tabla 19	<i>Tasa de Analfabetismo de 15 y más años de Edad por Departamentos del Perú al 2015</i>	98
Tabla 20	<i>Hogares con Acceden al Servicio de Internet, según Ámbito Geográfico 2007 – 2015</i>	100
Tabla 21	<i>Matriz de Evaluación de los Factores Externos (MEFE)</i>	104
Tabla 22	<i>Resultados de la Evaluación del Indicador Capita de las Regiones Macrocentro, 2014</i>	109
Tabla 23	<i>Establecimientos por Redes de Salud a Nivel Primario de la Macroregión Centro, 2015</i>	110
Tabla 24	<i>Resultado de la Contraloría de la República del Perú sobre los Puestos y Centros de Salud, 2016</i>	111
Tabla 25	<i>Modalidad de Contrato del Recurso Humano en las Regiones Macrocentro del Perú, 2015</i>	112
Tabla 26	<i>Densidad de Recurso Humano en el Primer Nivel De Atención de la Macroregión Centro, 2014-2015</i>	113
Tabla 27	<i>Profesionales por Categorías en el Primer Nivel de Atención de la Macroregión Centro del Perú, 2015</i>	113
Tabla 28	<i>Matriz del Perfil Competitivo</i>	121
Tabla 29	<i>Matriz del Perfil Referencial</i>	123
Tabla 30	<i>Distribución de Centros de Salud por Redes de Salud en la Región Junín</i>	129
Tabla 31	<i>Tarifas Únicas de Atención de los Servicios de Salud de Junín para No Asegurados al SIS</i>	135

Tabla 32	<i>Cantidad de Micro Redes y Establecimientos de Salud en la Región Junín, 2015</i>	137
Tabla 33	<i>Presupuesto Asignado en Salud Colectiva en las Unidades Ejecutoras de la Región Junín, 2017</i>	144
Tabla 34	<i>Nivel de eficiencia del gasto público en salud</i>	147
Tabla 35	<i>Cantidad de Profesionales por Tipo de Contrato en los Establecimientos de Salud, 2015</i>	148
Tabla 36	<i>MEFI del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín</i>	156
Tabla 37	<i>Matriz de Intereses del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín (MIO)</i>	163
Tabla 38	<i>Matriz FODA del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín</i>	171
Tabla 39	<i>Matriz PEYEA del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín</i>	173
Tabla 40	<i>Matriz de Decision Estratégica del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín</i>	177
Tabla 41	<i>Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín</i>	179
Tabla 42	<i>Matriz de Rumelt (MR)</i>	181
Tabla 43	<i>Matriz de Ética (ME)</i>	182
Tabla 44	<i>Matriz Estrategias Retenidas y de Contingencia</i>	183
Tabla 45	<i>Matriz de Estrategias Versus Objetivos a Largo Plazo (MEOLP)</i>	185
Tabla 46	<i>Matriz de Estrategias Versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)</i>	186

Tabla 47 <i>Asignación de Recursos</i>	192
Tabla 48 <i>Políticas del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín</i>	193
Tabla 49 <i>Control Balanceado (Balanced Scorecard)</i>	202
Tabla 50 <i>Plan Estratégico Integral (PEI)</i>	212



Lista de Figuras

<i>Figura 0.</i> Modelo secuencial del proceso estratégico.....	xiii
<i>Figura 1.</i> División política de la región Junín y sus distritos.	3
<i>Figura 2.</i> Regiones naturales y estratificación de altitud de la región Junín.....	4
<i>Figura 3.</i> Gasto total en salud en países de Sudamérica, 2014.....	9
<i>Figura 4.</i> Gasto en salud per cápita en el Perú de 1995 – 2014.	10
<i>Figura 5.</i> Evolución del presupuesto asignado al sector salud por regiones en el Perú.....	10
<i>Figura 6.</i> Mapa del sistema de salud en el Perú.	11
<i>Figura 7.</i> Cantidad de atendidos en establecimientos de salud por año.	13
<i>Figura 8.</i> Situación actual de los establecimientos de salud del Perú, 2016.	17
<i>Figura 9.</i> Situación de la prestación de servicios de salud en Huancayo.....	30
<i>Figura 10.</i> Evolución de la cantidad de médicos, enfermeros y obstetras en el primer nivel de atención pública en los puestos y centros de salud (2013-2015).	31
<i>Figura 11.</i> Situación de abastecimiento de medicina e insumos en Huancayo.....	33
<i>Figura 12.</i> Situación del estado del equipamiento médico en Huancayo.....	35
<i>Figura 13.</i> Situación de la infraestructura de los establecimientos de salud en Huancayo.....	36
<i>Figura 14.</i> Teoría tridimensional de las relaciones entre países.....	50
<i>Figura 15.</i> Los determinantes de la ventaja nacional: Competitividad de las naciones- modelo del diamante.	54
<i>Figura 16.</i> Pirámide de distribución de establecimientos de salud del MINSA y GORE.....	63
<i>Figura 17.</i> Médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos del MINSA y GORE según condición laboral, Perú 2015.	64
<i>Figura 18.</i> Evolución y proyección del Producto Bruto Interno (PBI) 2008-2020.	78
<i>Figura 19.</i> Evolución del PBI de la región Junín desde el año 2008 al 2015.....	79
<i>Figura 20.</i> Evolución del ingreso promedio mensual en la región Junín.	80

<i>Figura 21.</i> Evolución del presupuesto asignado al SIS desde el año 2010 al 2017.	81
<i>Figura 22.</i> Incremento del número de asegurados atendidos y enfermedades cubiertas, sin incremento de financiamiento (SIS).....	81
<i>Figura 23.</i> Distribución del presupuesto del SIS hacia los Gobiernos Regionales de Salud, 2017.....	83
<i>Figura 24.</i> Proyección de la transición poblacional hasta el año 2050.	88
<i>Figura 25.</i> Evolución de la población rural y urbana de la región Junín 2007 - 2015.	90
<i>Figura 26.</i> Distribución de hogares según niveles socio económicos del Perú.....	92
<i>Figura 27.</i> Distribución de gastos según NSE 2015- Perú en hogares urbanos y rurales.	94
<i>Figura 28.</i> Evolución de enfermedades sociales en el Perú 2012-2015.....	94
<i>Figura 29.</i> Nivel de educación y aprendizaje por materia en la región Junín, 2015.	97
<i>Figura 30.</i> Contribución de la ciencia tecnología e innovación al desarrollo humano.	100
<i>Figura 31.</i> Cruz de Porter del primer nivel de atención pública del sector salud Junín.....	105
<i>Figura 32.</i> Organización y gestión de redes de salud en la región Junín.	127
<i>Figura 33.</i> Ubicación de redes de salud de la región Junín.	128
<i>Figura 34.</i> Organigrama estructural de la dirección de la red de salud Chanchamayo.....	129
<i>Figura 35.</i> Estructura orgánica de la red de salud del Valle del Mantaro.	138
<i>Figura 36.</i> Matriz PEYEA del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín.....	172
<i>Figura 37.</i> Matriz Boston Consulting Group del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín.	174
<i>Figura 38.</i> Matriz Interna Externa del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín.	175
<i>Figura 39.</i> Matriz del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín.	176

Figura 40. Propuesta de estructura por procesos para el primer nivel de atención

pública del sector salud en la región Junín. 195



El Proceso Estratégico: Una Visión General

El plan estratégico desarrollado en el presente documento fue elaborado en función al Modelo Secuencial del Proceso Estratégico. El proceso estratégico se compone de un conjunto de actividades que se desarrollan de manera secuencial con la finalidad de que una organización pueda proyectarse al futuro y alcance la visión establecida. La Figura 0 muestra las tres etapas principales que componen dicho proceso: (a) formulación, que es la etapa de planeamiento propiamente dicha, en la que se procurará encontrar las estrategias que llevarán a la organización de la situación actual a la situación futura deseada; (b) implementación, en la cual se ejecutarán las estrategias retenidas en la primera etapa, es la etapa más complicada por lo rigurosa que es; y (c) evaluación y control, cuyas actividades se efectuarán de manera permanente durante todo el proceso para monitorear las etapas secuenciales y, finalmente, los Objetivos de Largo Plazo (OLP) y los Objetivos de Corto Plazo (OCP); aparte de estas tres etapas existe una etapa final, que presenta las conclusiones y recomendaciones finales. Cabe resaltar que el proceso estratégico se caracteriza por ser interactivo, pues participan muchas personas en él, e iterativo, en tanto genera una retroalimentación repetitiva.

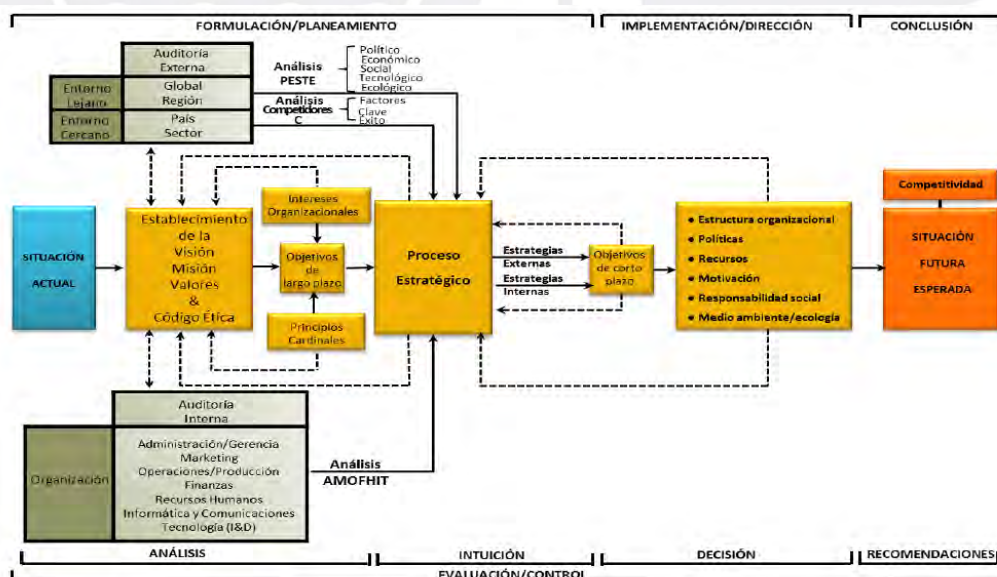


Figura 0. Modelo secuencial del proceso estratégico. Tomado de *El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia* (3a ed., p. 11), por F. A. D'Alessio, 2015, Lima, Perú: Pearson.

El modelo empieza con el análisis de la situación actual, seguido por el establecimiento de la visión, la misión, los valores, y el código de ética; estos cuatro componentes guían y norman el accionar de la organización. Luego, se desarrolla la Matriz de Intereses Nacionales (MIN) y la evaluación externa con la finalidad de determinar la influencia del entorno en la organización que se estudia. Así también se analiza la industria global a través del entorno de las fuerzas PESTE (Políticas, Económicas, Sociales, Tecnológicas, y Ecológicas). Del análisis PESTE deriva la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), la cual permite conocer el impacto del entorno por medio de las oportunidades que podrían beneficiar a la organización y las amenazas que deben evitarse, y cómo la organización está actuando sobre estos factores. Tanto del análisis PESTE como de los competidores se deriva la evaluación de la organización con relación a estos, de la cual se desprenden la Matriz del Perfil Competitivo (MPC) y la Matriz del Perfil Referencial (MPR). De este modo, la evaluación externa permite identificar las oportunidades y amenazas clave, la situación de los competidores y los Factores Críticos de Éxito (FCE) en el sector industrial, lo que facilita a los planificadores el inicio del proceso que los guiará a la formulación de estrategias que permitan sacar ventaja de las oportunidades, evitar y/o reducir el impacto de las amenazas, conocer los factores clave para tener éxito en el sector industrial, y superar a la competencia.

Posteriormente, se desarrolla la evaluación interna, la cual se encuentra orientada a la definición de estrategias que permitan capitalizar las fortalezas y neutralizar las debilidades, de modo que se construyan ventajas competitivas a partir de la identificación de las competencias distintivas. Para ello se lleva a cabo el análisis interno AMOFHIT (Administración y gerencia, Marketing y ventas, Operaciones productivas y de servicios e infraestructura, Finanzas y contabilidad, recursos Humanos y cultura, Informática y comunicaciones, y Tecnología), del cual surge la Matriz de Evaluación de Factores Internos

(MEFI). Esta matriz permite evaluar las principales fortalezas y debilidades de las áreas funcionales de una organización, así como también identificar y evaluar las relaciones entre dichas áreas. Un análisis exhaustivo externo e interno es requerido y crucial para continuar el proceso con mayores probabilidades de éxito.

En la siguiente etapa del proceso se determinan los Intereses de la Organización, es decir, los fines supremos que esta intenta alcanzar la organización para tener éxito global en los mercados donde compete, de los cuales se deriva la Matriz de Intereses Organizacionales (MIO), la que, sobre la base de la visión, permite establecer los OLP. Estos son los resultados que la organización espera alcanzar. Cabe destacar que la “sumatoria” de los OLP llevaría a alcanzar la visión, y de la “sumatoria” de los OCP resultaría el logro de cada OLP.

Las matrices presentadas en la Fase 1 de la primera etapa (MIN, MEFE, MEFI, MPC, MPR, y MIO) constituyen insumos fundamentales que favorecerán la calidad del proceso estratégico. En la Fase 2 se generan las estrategias a través del emparejamiento y combinación de las fortalezas, debilidades, oportunidades, y amenazas junto a los resultados previamente analizados. Para ello se utilizan las siguientes herramientas: (a) la Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas (MFODA); (b) la Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA); (c) la Matriz del Boston Consulting Group (MBCG); (d) la Matriz Interna-Externa (MIE); y (e) la Matriz de la Gran Estrategia (MGE).

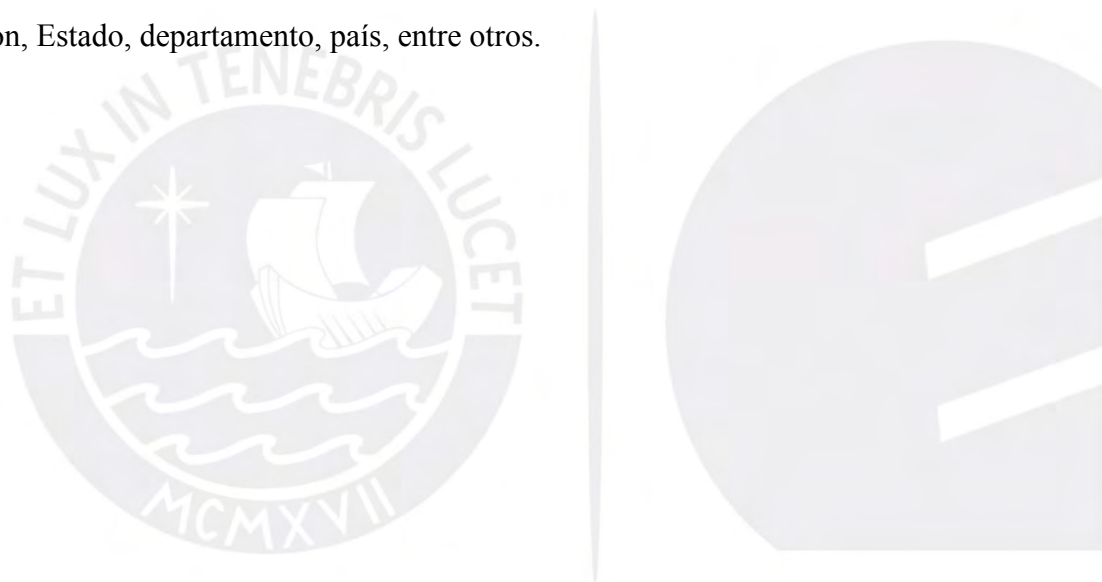
La Fase 3, al final de la formulación estratégica, viene dada por la elección de las estrategias, la cual representa el Proceso Estratégico en sí mismo. De las matrices anteriores resultan una serie de estrategias de integración, intensivas, de diversificación, y defensivas que son escogidas mediante la Matriz de Decisión Estratégica (MDE), las cuales son específicas y no alternativas, y cuya atractividad se determina en la Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE). Por último, se desarrollan la Matriz de Rumelt (MR) y la

Matriz de Ética (ME) para culminar con las estrategias retenidas y de contingencia. Después de ello comienza la segunda etapa del plan estratégico, la implementación. Sobre la base de esa selección se elabora la Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP), la cual sirve para verificar si con las estrategias retenidas se podrán alcanzar los OLP, y la Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS) que ayuda a determinar qué tanto estos competidores serán capaces de hacerle frente a las estrategias retenidas por la organización. La integración de la intuición con el análisis se hace indispensable, ya que favorece a la selección de las estrategias.

Después de haber formulado un plan estratégico que permita alcanzar la proyección futura de la organización, se ponen en marcha los lineamientos estratégicos identificados. La implementación estratégica consiste básicamente en convertir los planes estratégicos en acciones y, posteriormente, en resultados. Cabe destacar que una formulación exitosa no garantiza una implementación exitosa, puesto que esta última es más difícil de llevarse a cabo y conlleva el riesgo de no llegar a ejecutarse. Durante esta etapa se definen los OCP y los recursos asignados a cada uno de ellos, y se establecen las políticas para cada estrategia. Una nueva estructura organizacional es necesaria. El peor error es implementar una estrategia nueva usando una estructura antigua.

La preocupación por el respeto y la preservación del medio ambiente, por el crecimiento social y económico sostenible, utilizando principios éticos y la cooperación con la comunidad vinculada (stakeholders), forman parte de la Responsabilidad Social Organizacional (RSO). Los tomadores de decisiones y quienes, directa o indirectamente, forman parte de la organización, deben comprometerse voluntariamente a contribuir con el desarrollo sostenible, buscando el beneficio compartido con todos sus stakeholders. Esto implica que las estrategias orientadas a la acción estén basadas en un conjunto de políticas, prácticas, y programas que se encuentran integrados en sus operaciones.

En la tercera etapa se desarrolla la Evaluación Estratégica, que se lleva a cabo utilizando cuatro perspectivas de control: (a) aprendizaje interno, (b) procesos, (c) clientes, y (d) financiera; del Tablero de Control Balanceado (balanced scorecard [BSC]), de manera que se pueda monitorear el logro de los OCP y OLP. A partir de ello, se toman las acciones correctivas pertinentes. En la cuarta etapa, después de todo lo planeado, se analiza la competitividad concebida para la organización y se plantean las conclusiones y recomendaciones finales necesarias para alcanzar la situación futura deseada de la organización. Asimismo, se presenta un Plan Estratégico Integral (PEI) en el que se visualiza todo el proceso a un golpe de vista. El Planeamiento Estratégico puede ser desarrollado para una microempresa, empresa, institución, sector industrial, puerto, ciudad, municipalidad, región, Estado, departamento, país, entre otros.



Nota: Este texto ha sido tomado de *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia* (3a ed. rev., p. 10-13), por F. A. D'Alessio, 2015, Lima, Perú: Pearson.

Capítulo I: Situación General del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

1.1. Situación General

Descripción General del Perú. El Perú es un país del continente americano ubicado en el hemisferio sur de la cuenca del Pacífico, entre los paralelos 0°2', los 18° 21'34" de latitud sur, los meridianos 68° 39'7" y los 81° 20'13" de longitud (INEI, 2015a). Tiene una superficie total de 1'285'215,60 Km² distribuidos en tres regiones naturales: costa (15'087,282 hectáreas), sierra (35'906,248 hectáreas) y selva (77'528,030 hectáreas) (INEI,2015a). El Perú tiene límites fronterizos con los siguientes países: Ecuador con una extensión de 1,529 km; Colombia con una extensión de 1,506 km; Brasil con una extensión de 2,822 km; Bolivia con una extensión de 1,047 km; y Chile con una extensión 169 km (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2012). El Perú es un país multicultural y mega diverso, tiene abundantes ecosistemas y recursos naturales, que han atraído las inversiones extranjeras de diversos países del mundo. Tiene una población estimada de 31'826,018 hasta el año 2017, con una esperanza de vida promedio de 75 años (INEI, 2017).

El PBI per cápita para el año 2016 fue de 17,852.69 soles y este ha presentado un decrecimiento desde el año 2014 con 2.4%, en el año 2015 con 3.3%, 2016 con 3.9% y una proyección 2017 del 2.1% en comparación al 2016 (INEI, 2017c), asimismo tiene una población económicamente activa (PEA) de 16'142,100 de personas. Respecto a sus hogares, el 82.5% de los hogares cuenta agua potable, el 79.7% tiene teléfono móvil y el 20.2% cuenta con internet (INEI, 2017a). De acuerdo al ranking de competitividad mundial 2017 de la World Competitive Index de Suiza presentado en alianza con Centrum Católica, sitúa al Perú en el puesto 55 de las 65 economías del mundo y lo compara con el ranking del 2016 donde se encontraba en el puesto 64 por el desempeño de indicadores económico, eficiencia de gobierno, infraestructura y eficiencia de negocios.

Descripción de las regiones del Perú. El territorio peruano está integrando por 26 regiones, cada una está compuesta por provincias, distritos y centros poblados distribuidas en todo el territorio peruano. Cada región presenta una densidad poblacional y superficie territorial diferente por lo que ofrece distinta oportunidad laboral y económica. Las regiones del Perú son: Lima metropolitana, Callao, Moquegua, Tacna, Arequipa, Ica, La Libertad, Lima provincias, Lambayeque, Piura, Cusco, Tumbes, Ancash, Madre de Dios, Junín, Puno, Ucayali, San Martín, Loreto, Pasco, Apurímac, Huánuco, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas y Huancavelica (INEI, 2017a).

La capital del Perú es la ciudad de Lima con una superficie territorial de 34,828.12 Km² del territorio peruano, siendo el punto de conexión para las demás regiones del Perú. La región con mayor extensión territorial es Loreto con 28.7% de la superficie territorial, la segunda de mayor extensión es Ucayali con el 8% y como tercera es la región de Madre de Dios con el 6.6% de la superficie territorial (INEI, 2015a). Cabe resaltar que las regiones con mayor superficie territorial se encuentran ubicadas en la región selva, que, por lo inhóspito de su territorio, hay una escasa concentración poblacional de 33 hectáreas por persona. Las regiones con menor extensión territorial son: Moquegua con 1.2% y Tumbes con 0.4% de la superficie territorial. Respecto al nivel poblacional, la región Lima tiene el 32% de la población peruana, seguido por la región La Libertad y Piura con el 6% de la población, donde cada ciudadano cuenta con una extensión de 144 m² aproximadamente para vivir (INEI, 2015a). Una de las regiones con mayor aporte económico por la actividad económica minera que realiza es la región Junín (Dirección de Estudios Económicos de Mype e Industria [DEMI], 2016).

Descripción de las región Junín. La región Junín se encuentra ubicado en la zona central del Perú a 3,800 m.s.n.m., su área geográfica es de 44,328.80 km², representa el 3.4% del territorio nacional y en el habitan el 4.3% de la población del país (INEI, 2015a).

Abarca territorios de sierra y selva de la vertiente oriental de la cordillera de los Andes.

Limita al norte con las regiones de Pasco y Ucayali, al sur con las regiones de Huancavelica y Ayacucho, al este con la región del Cuzco y al oeste con la región Lima (ver Figura 1).

Políticamente la región Junín se divide en 09 provincias: Satipo con 19,219.5 km²; Chupaca con 1,142.1 km²; Yauli 3,617.4 km²; Tarma 2,749.2 km²; Huancayo 3,569.1 km²;

Chanchamayo 4,723.4 km²; Junín con 2,360.1 km²; Concepción 3,067.5 km² y Jauja 3,749.1 km² (ver Figura 1). Asimismo, tiene 123 distritos que se diferencian por encontrarse en zonas de sierra, selva y valles interandinos (Dirección Regional de Salud Junín, 2010).

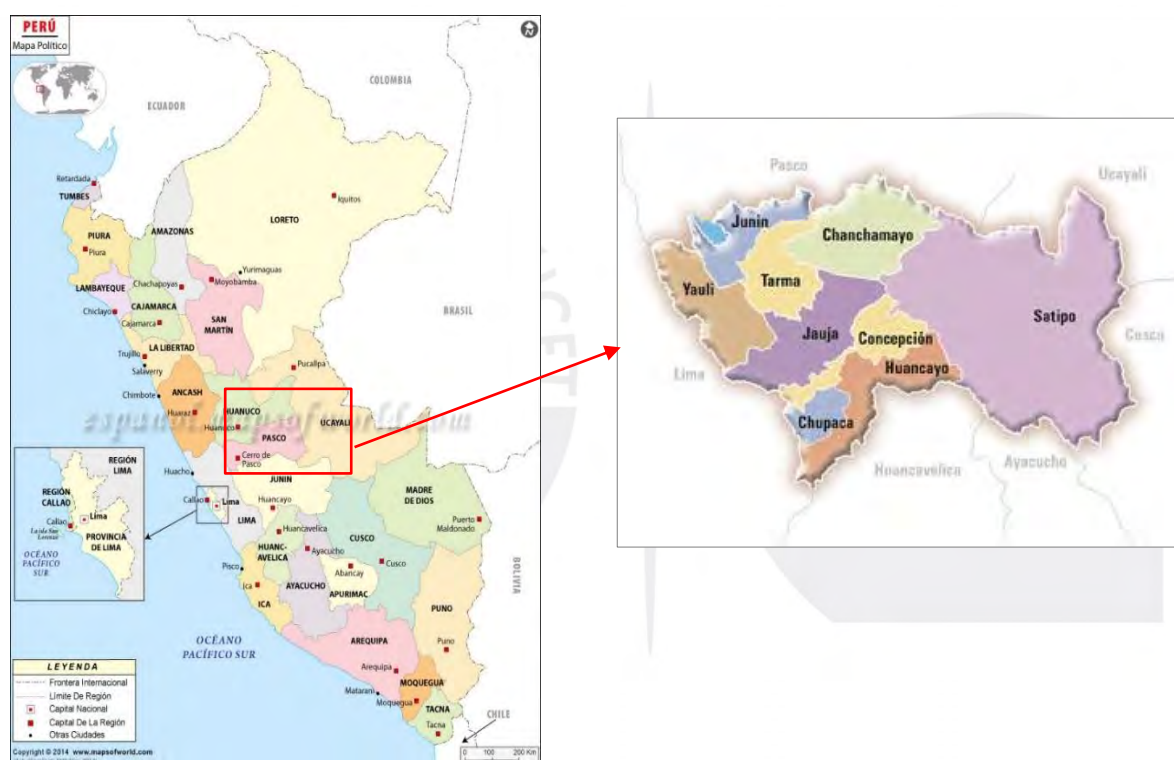


Figura 1. División política de la región Junín y sus distritos. Tomado de “Análisis de Situación del Departamento de Junín,” por la Dirección Regional de Salud Junín [DIRESA], 2010 (<http://www.diresajunin.gob.pe/web2016/documents/asisjunin2010.pdf>).

La topografía de la región Junín tiene zonas bien diferenciadas. Al este, se extienden valles glaciares de gran altitud con relieve accidentado, que terminan en altas mesetas o punas, destacando entre ellas la meseta de Junín o Bombón, que está entre las ciudades Oroya y Cerro de Pasco. Al oeste, en los límites con la región Lima, se encuentra la

cordillera occidental con sus cumbres agrestes y cubiertas con hielo y nieve (Dirección Regional de Salud Junín, 2014). La región Junín cuenta con dos regiones naturales sierra y selva, la selva está conformada por dos provincias: Chanchamayo y Satipo; y la región sierra está constituida por las siete provincias restantes. Según la estratificación de altitud por distrito (ver Figura 2) así como la altitud de la región Junín va desde los 400 m.s.n.m hasta los 5,730 m.s.n.m.

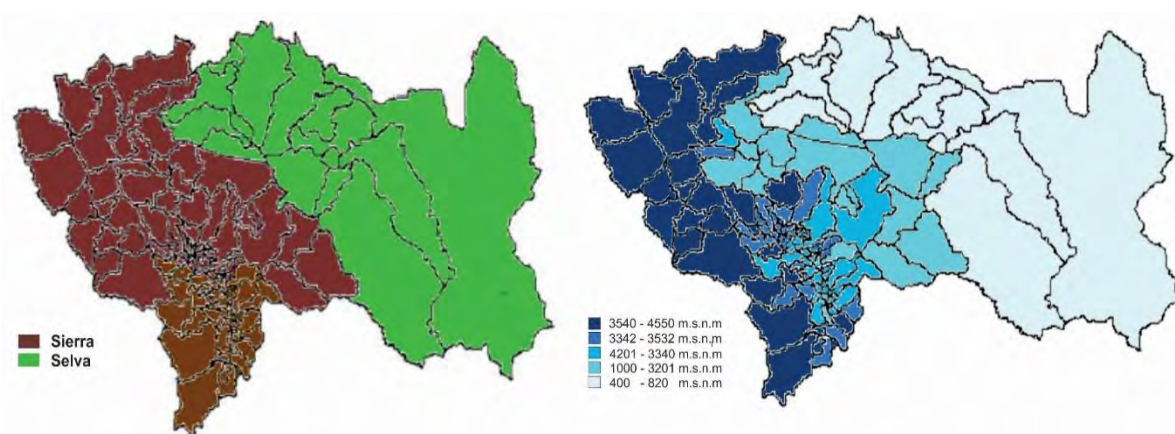


Figura 2. Regiones naturales y estratificación de altitud de la región Junín. Tomado de “Análisis de Situación del Departamento de Junín,” por la Dirección Regional de Salud Junín [DIRESA], y la oficina de epidemiología de la DIRESA Junín, 2014 (http://dge.gob.pe/porta/Asis/indreg/asis_junin.pdf).

Existen seis vías de acceso terrestre a la región Junín desde la ciudad de Lima aprobadas por la SUTRAN y una aérea. Respecto a las vías terrestres, la primera ruta es desde Lima con dirección a Canta para tomar el desvío a Cochamarca con una distancia: 206.178 km. La segunda ruta es desde Lima hasta el desvío a Pasamayo (Huaral) que continúa por Huayllay para después tomar el desvío a Cochamarca con una distancia de 176.1 km. La tercera ruta es desde Lima hacia Cañete (Panamericana Sur) y luego a Lunahuaná, para continuar con el desvío a Yauyos, Chupaca y Pilcomayo, con una distancia de 330.84 km. La cuarta ruta es desde Lima hacia Sayán y Churín (Oyón). La quinta ruta es desde Lima hacia Pisco, para luego dirigirse a Huancavelica y Huancayo por el desvío en San Clemente. Y la sexta ruta es la carretera central como principal vía de acceso que va

hacia Lima, la selva central y oriental. El aeropuerto se encuentra en la ciudad de Jauja y tiene como único destino la ciudad de Lima. Y la vía de comunicación en la selva central se realiza a través de la vía fluvial del Río Ene (Redacción LR, 2016).

Existe una emigración de pobladores de las regiones colindantes como: Huánuco, Pasco, Huancavelica y Ayacucho. Y una migración de pobladores a las grandes ciudades como: Lima, Huancayo, Pucallpa, Lambayeque, Arequipa (Dirección Regional de Salud Junín, 2014). El clima de la región Junín varía con la altitud de la zona geográfica, en la sierra la temperatura varía entre -10°C a 10°C , en esta zona el clima es templado-frío con humedad casi nula o seco, y en la zona tropical de ceja selva y selva, con días calurosos y noches frescas con temperatura de 13°C a 36°C , en esta zona el clima es cálido y altamente húmedo (Comité Regional de Seguridad Ciudadana Junín [CORESEC], 2016). La hidrografía en la zona sierra está influenciada por el río Mantaro que atraviesa el valle del Mantaro, y drena a las aguas del lago Chinchaycocha en la provincia de Junín y a la laguna de Paca ubicada en la provincia de Jauja. En la zona selva se encuentran la cuenca del Perene, Ene y Tambo. (Dirección General Parlamentaria, 2016).

La región de Junín se encuentra en el quinto puesto con 637 pasivos ambientales entre metálicos y no metálicos, donde los más afectados es: la cuenca del Mantaro y la laguna Chinchaycocha (Muqui Red Propuesta y Acción, 2015). Las emergencias en Junín, son frecuentes las zonas de emergencia debido a huaycos causadas por las constantes lluvias en diferentes zonas de la región. Las lluvias se inician en los meses de octubre hasta abril, y en los meses de enero y febrero se realizan con mucha intensidad, motivo por el cual se desbordan los ríos causando inundaciones de casas y cultivos a falta de la limpieza en los canales (Dirección Regional de Salud Junín, 2014). Junín se encuentra ubicada en una falla geológica, por lo que se encuentra predispuesta a sufrir eventos sísmicos, el último sismo fue en el 2008 donde causó daños materiales en la población (Ministerio del Ambiente,

2016b). Las heladas se producen por las bajas temperaturas menor a 7° C, siendo las más afectadas la zona sierra de la región Junín, en la cual se encuentran las provincias de Junín, Chupaca, Jauja, Huancayo y Yauli (Dirección Regional de Salud Junín, 2014).

La Población de la región Junín asciende a 1'370,274 personas al 2016 (INEI, 2017a) de los cuales el 62.6% de la población es urbana y el 37,4% es rural. El 70.9% de la población vive en la sierra y el 29.10% vive en la selva. El 5.4% de la población no tiene educación, el 24.5% cuenta con educación primaria incompleta y el 6.9% cuenta educación primaria completa, el 17.3% tienen secundaria incompleta, el 24.3% cuenta con secundaria completa y 21.7% cuenta con una educación superior a más (INEI,2015e). Las actividades económicas que se desarrollan y contribuyen al PBI de la región Junín son: agricultura, ganadería, caza y silvicultura; extracción de petróleo, gas y minerales; manufactura; construcción; administración pública y defensa; y otras actividades (INEI, 2015b).

El PBI de la región Junín se encuentra en crecimiento, el año 2015 ascendió en un 16,7% respecto al año anterior por un total de 14'499,895 soles (INEI, 2016f) . La principal actividad que apoya al crecimiento del PBI es la extracción de petróleo, gas y minerales que creció en 55,6%; esto debido a la mayor producción de cobre (139,3%), plata (18,9%), oro (1,5%) y plomo (8,0%) (INEI, 2016). Cabe resaltar que el PBI de la región Junín representa el 3% del PBI del país del año 2015. Respecto al valor agregado bruto (VAB) (valor añadido generado en los bienes y servicios por el conjunto de productores) fue de 2.9% en el año 2014 del VAB nacional (DEMI, 2016). En el último quinquenio (2010-2014) el crecimiento del VAB de Junín fue de 9.2%, mayor que La Libertad (5.8%) y Lambayeque (7.4%) (DEM,2016). Respecto al PBI per cápita (2014) Junín obtuvo el 9,250 soles constantes por habitantes mientras que el indicador nacional fue de 14,988, por lo que representa el 62% del promedio nacional (Dirección de Estudios Económicos de Mype e Industria [DEMI], 2016).

Respecto a sus exportaciones, en el último quinquenio (2011-2015) las exportaciones de la región crecieron a una tasa promedio anual de 9.1% (vs. -8.0% a nivel nacional), los productos tradicionales como: el cobre, zinc, plomo, café y plata fueron los que apoyaron a este crecimiento, cabe resaltar que el cobre es el producto más exportado con 635.7 millones de US\$ FOB, por lo que cualquier factor interno y/o externo que afecte al precio de éste commodity afecta a la producción en Junín (DEMI, 2016). Respecto a la estructura productiva o empresas, existen un total de 56,963 empresas formales, de las cuales 55,280 son microempresas, 1537 pequeñas, 43 medianas y 103 grandes empresas; el mayor número de ellas se encuentran en la actividad de comercio y servicios (DEMI, 2016).

Respecto al Población Económicamente Activa (PEA) 685,474 personas representan al PEA ocupada, de los cuales el 83% tiene un empleo informal y el 17% tiene un empleo formal. El 35.2% de la PEA ocupada se desempeña en el sector agropecuario, seguido por el sector servicios (30.8%) (DEMI, 2016). El ingreso promedio mensual es de S/.1,139 mientras que a nivel nacional es de S/.1,305 (INEI, 2015c). La tasa de empleo representa el 3.1% del 3.7% de la población nacional. El 67% de la PEA tiene educación básica y 28% educación superior vs. 65% y 31% a nivel nacional, respectivamente (INEI, 2015c). Respecto a la educación universitaria y no universitaria, el número de alumnos matriculados en universidades se incrementó en 62% entre 2009 y 2013; las carreras de contabilidad y de abogados son las más demandadas en la región, mientras que para la educación no universitaria, las carreras con mayor demanda fueron administración, comercio y salud (Ministerio de Educación, 2014). Respecto a la infraestructura de transporte, Junín cuenta con un aeropuerto; 11,928 kilómetros de red vial; y 61,933 vehículos como parque automotor (Instituto Cuánto, 2016). CENTRUM Católica Graduate Business School de la Pontificia Universidad Católica del Perú (2016a) indicó en el resultado del Índice de Competitividad Regional del Perú (ICRP) que la región Junín ocupó el puesto 15 en el

ranking de competitividad de las 26 regiones del Perú, bajo la evaluación de cinco pilares como: la economía, empresas, gobierno, infraestructura y persona. Respecto al Índice de Progreso Social Regional 2016 (IPS) elaborado también por la CENTRUM Graduate Business School de la Pontificia Universidad Católica del Perú (2016b), indicó la región Junín ocupó el puesto 13 de las 26 regiones del Perú en el nivel de progreso social, esto en base a indicadores como: la atención a las necesidades básicas, fundamentos del bienestar y oportunidades para una región. CENTRUM resalta que Junín ocupó el puesto 15 en satisfacer las necesidades esenciales de las personas como: nutrición, asistencia médica básica, acceso al agua, saneamiento, vivienda de calidad, acceso a la energía y seguridad personal. Asimismo, ocupó el puesto 19 en los indicadores de nutrición y asistencia médica; y el puesto 12 en indicadores de Salud y Bienestar.

A partir de la información recaudada del Perú, regiones y básicamente la región Junín, es importante entender y analizar al sector Salud como uno de los sectores de mayor importancia para el crecimiento económico de la región, pues con ella se asegura que la población tenga las condiciones óptimas, seguras y saludables para que pueda ejercer su trabajo y desarrollo en la actividad que se desenvuelvan. Por lo que se otorgará un panorama genérico de la situación de la salud a nivel de Latinoamérica y se explicará el sistema de salud a nacional, para luego entender su influencia a nivel de las regiones en el Perú y básicamente en la región Junín.

Análisis del sector salud a nivel nacional. La cobertura universal de la salud en Latinoamérica muestra un patrón de comportamiento irregular y similar en todos los países que la componen, pues todos los países del Pacífico se enfocan en mejorar el acceso y cobertura junto con la reducción de desigualdades en materia relacionada a la salud en general. Los sistemas de salud de América Latina son financiados por una amplia gama de fuentes, lo cual da lugar a diversos arreglos financieros, que se traducen en variados

esquemas redistributivos. El fin de este tipo de financiamiento es que los ciudadanos tengan acceso a los beneficios del sistema de atención en salud con independencia de la contribución que realicen para ello (Titelman, Cetrángolo & Acosta, 2014). El gasto en salud es un indicador mundial que permite evaluar el nivel de gasto público y privado que realiza un país, región o ciudad en temas relacionados a la salud, en ella se incluye actividades como la planificación familiar, nutrición, asistencia de emergencias y la prestación de servicios preventivos y curativos en salud (Banco Mundial, 2016a).

De acuerdo ello, un estudio realizado por el Banco Mundial (2017a) comparó a los países de Sudamérica respecto al nivel de gasto que realizan en salud, mostrando que el Perú es uno de los países que gasta menos en salud, después de Bolivia (ver Figura 3). Cabe resaltar que países como Uruguay, Chile y Brasil designan un mayor gasto en salud para el beneficio de su población. Pese a que el Perú es el segundo país que gasta menos en salud, éste ha presentado un crecimiento en los últimos quince años, por factores relacionado con la economía peruana, reforma de la salud y presión de organismos internacionales como el Organismo Mundial de Salud (ver Figura 4).

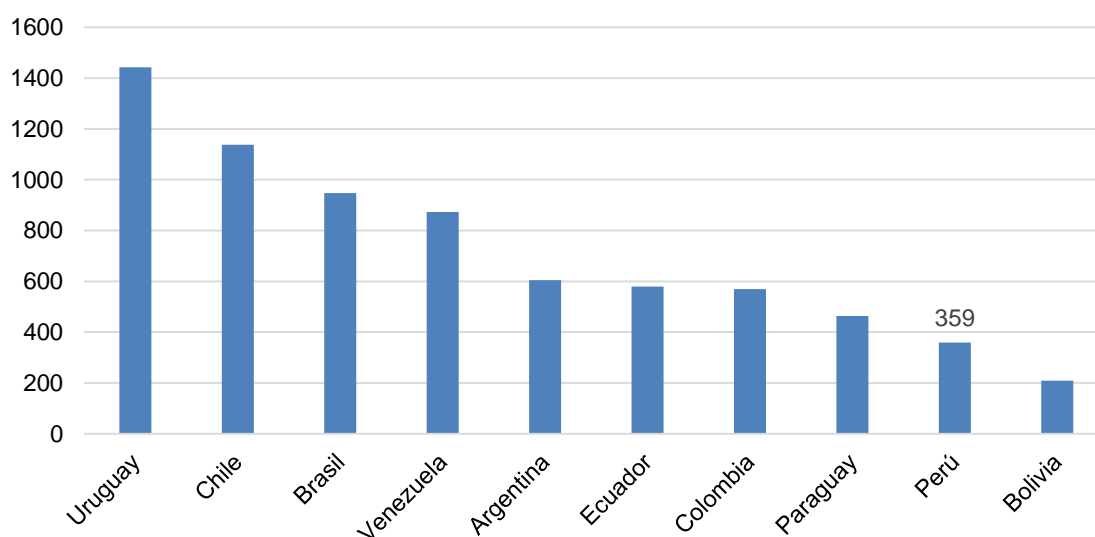


Figura 3. Gasto total en salud en países de Sudamérica, 2014. Tomado de “Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales),” por Banco Mundial, 2017a (http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP?end=2014&name_desc=true&start=1995&view=chart).

El gasto en salud también ha mostrado un crecimiento en las regiones del Perú, pues el presupuesto asignado en cada región del Perú ha aumentado desde el año 1999, mostrando un mayor incremento en la región Junín para la construcción de centros y puestos de salud (ver Figura 5).

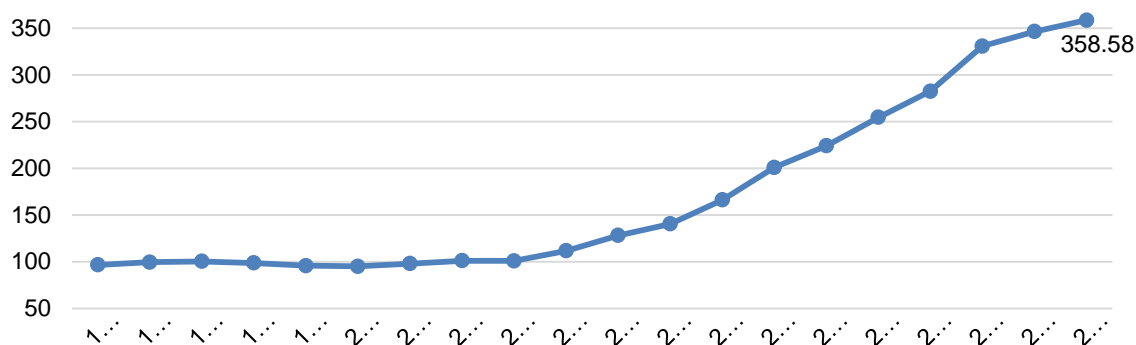


Figura 4. Gasto en salud per cápita en el Perú de 1995 – 2014.

Adaptado de “Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales),” por Banco Mundial, 2017b

(http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP?end=2014&locations=PE&name_desc=false&start=1995&view=chart).

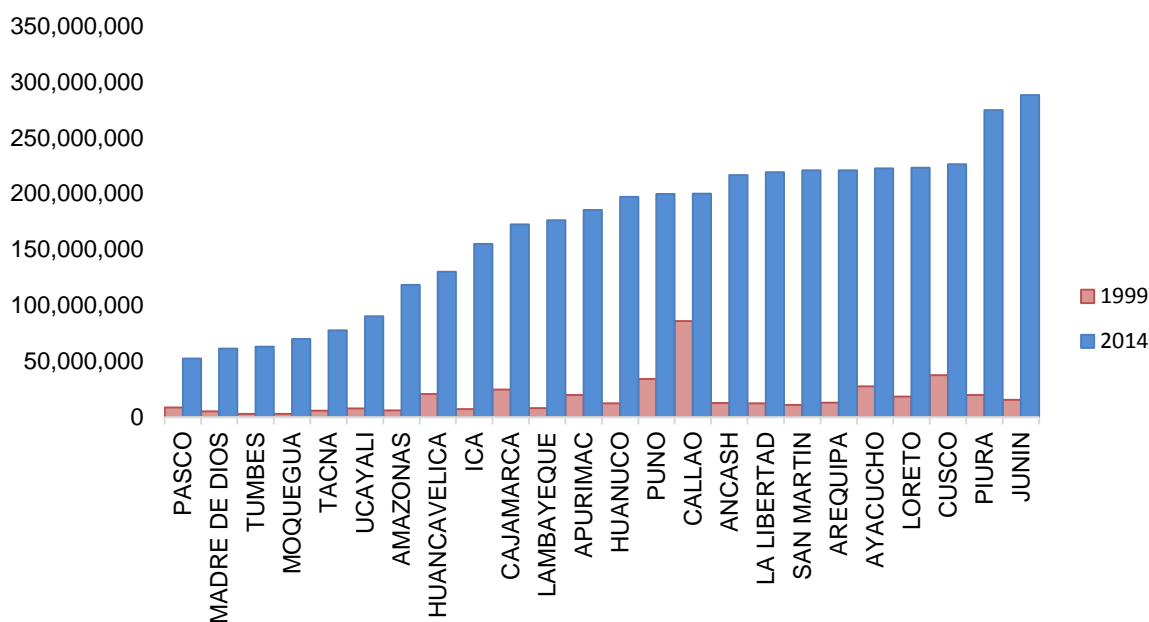


Figura 5. Evolución del presupuesto asignado al sector salud por regiones en el Perú.

Adaptado de “transparencia económica 2014,” por Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2017a

(<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2014&ap=ActProy>).

El sistema de salud en el Perú se divide en dos subsistemas público y privado, y se encuentran financiadas de manera directa e indirecta por parte del ciudadano peruano. El sector público de la salud se encuentra financiada por una contribución directa e indirecta (subsidiada), generalmente las fuentes de financiamiento se dan por parte del gobierno, los hogares y por las contribuciones gubernamentales; mientras que el sector privado de la salud tiene un financiamiento de contribución directa por parte del ciudadano peruano (ver Figura 6). De acuerdo a la reforma generada por el sector salud, se han generado un conjunto de entidades aseguradoras (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS) registradas en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) con el fin de facilitar el proceso de aseguramiento y alcanzar el acceso universal de la salud en el Perú.

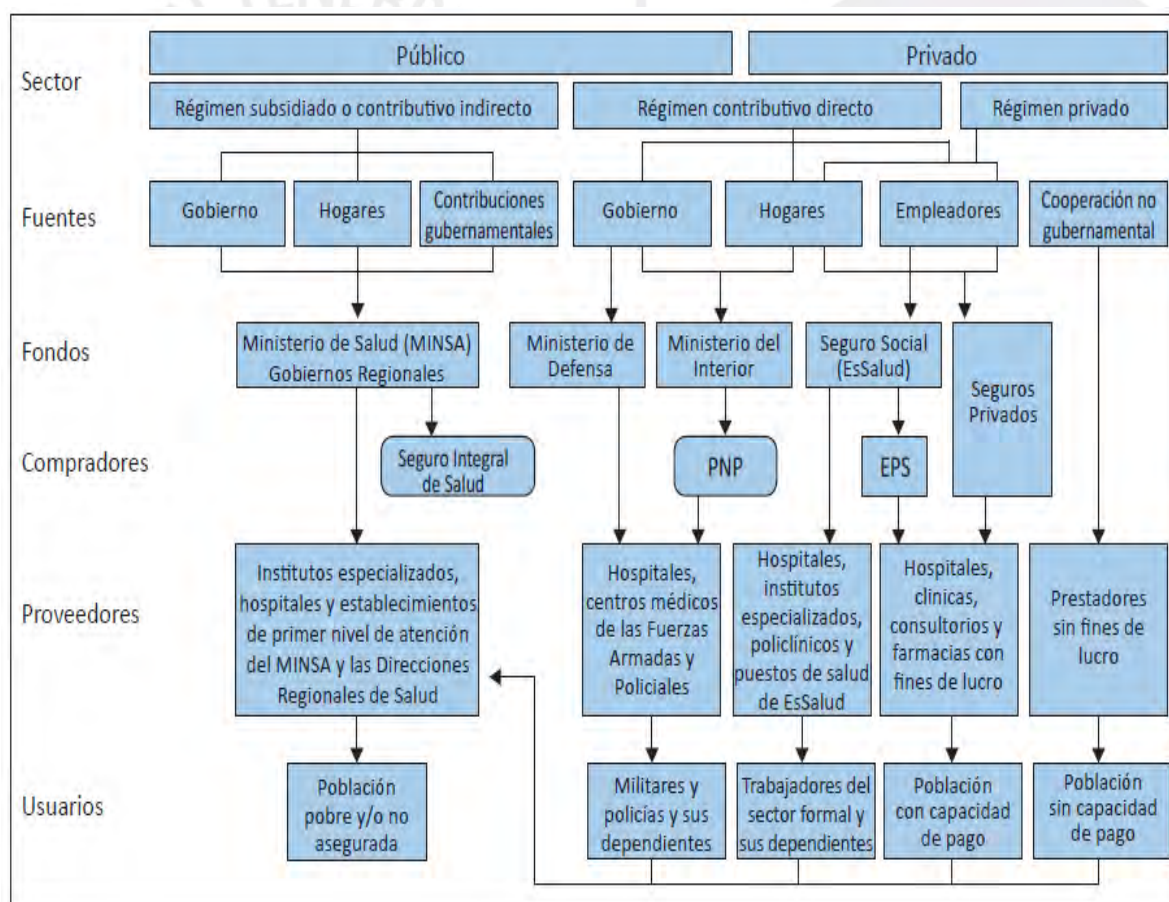


Figura 6. Mapa del sistema de salud en el Perú.

Tomado de "Sistema de salud de Perú," por el Colegio de Médicos 2016

(<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>).

Las IAFAS son entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas para captar y gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgo de salud, bajo cualquier modalidad, según el Decreto Legislativo N° 1158 (2013), y estas son: Seguro Integral de Salud (SIS); Seguro Social de Salud (ESSALUD); Seguro para las fuerzas armadas, aéreas y la marina; Seguro para la policía nacional del Perú (SALUPOL) y Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Cabe resaltar que las aseguradas privadas ofrecen cobertura de salud de modo exclusivo, asociaciones de fondos regionales, provinciales y nacionales contra accidentes de tránsito, entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagas, auto seguros y fondos de salud. (Colegio Médicos del Perú, 2016).

El Ministerio de Salud (MINSA) es el ente recaudador de fondos directos e indirectos para financiar al Seguro Integral de Salud (SIS), el fin de este seguro es otorgar los servicios de salud a la población con bajos recursos económicos y vulnerables; la prestación de servicios se realiza a través de la red de establecimientos públicos y privados, entre ellos se encuentran los hospitales, centros de salud y postas de salud de todo el Perú. ESSALUD ofrece servicios de salud a los empleados que aporten directamente al fondo, para luego obtener el beneficio de la atención pública. El Ministerio de Defensa y del Interior son los entes recaudadores de la contribución directa del personal de la Fuerza Aérea, Marina y Ejército así como de la Policía Nacional, para obtener el beneficio de salud en sus propias instalaciones. El sector privado se divide en lucrativo y no lucrativo, el sector lucrativo forman parte las EPS, las clínicas privadas, las aseguradoras privadas, los laboratorios, los consultorios médicos y odontológicos. El sector privado no lucrativo están representados por un conjunto de asociaciones civiles sin fines de lucro, de estos la mayoría brinda servicios de primer nivel y son financiadas por cooperantes externos y donantes internos.

De la población total del Perú, el 72.9% de la población se encuentra asegurada a un seguro de salud, de los cuales el 43.4% está afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), el 24.5 % está afiliada al Seguro Social de Salud (Essalud) y el 5% de la población afiliada a otro seguro de salud (Colegio Médicos del Perú, 2016). Por lo que la mayor concentración de asegurados se encuentran en el SIS y el ESSALUD. En los últimos años el aseguramiento de salud tuvo un incremento, pues en el año 2011 se tenía al 64.5% de la población asegurada y para el año 2015 este porcentaje se incrementó hasta el 72.9% , esto gracias a la afiliación de 350 mil recién nacidos, 132 mil menores de tres años y unos tres millones de escolares (Colegio Médicos del Perú, 2016) (ver Figura 7). El incremento de afiliación al SIS tuvo mayor énfasis en las regiones con mayor pobreza en el Perú como Huancavelica y Apurímac, los cuales alcanzaron el 94 % y 90%, de su población asegurada, y las regiones con menor cobertura de salud como Tacna con 55% y Madre de Dios con 60% (Banco Mundial, 2016b). Cabe resaltar que la Comisión de la Salud del Congreso cuestionó sobre la afiliación a más de 5 millones de personas que no se encuentran en condición de pobreza (Chávez & Crespo, 2017).

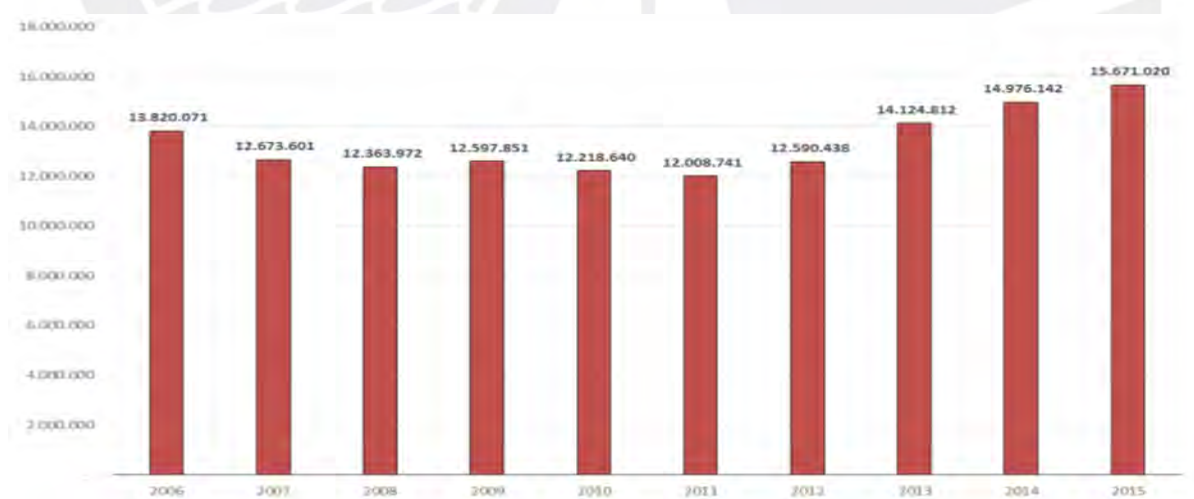


Figura 7. Cantidad de atendidos en establecimientos de salud por año.
Tomado de “Sustentación del Proyecto de Presupuesto del años fiscal 2017 sector salud,”
por P. García, 2016
(http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/Presupuesto/files/salud_ppto_2017.pdf)

El presupuesto para el sector salud ha presentado un crecimiento en estos últimos años, pues para el año 2016, el presupuesto fue de S/ 8,582 millones y el proyecto del 2017 fue de S/ 8,653 millones. El incremento es mínimo, por ejemplo, el Seguro Integral de Salud pasa de S/1,622 millones a S/ 1,354 millones (MEF, 2017b) es decir, hay una disminución de casi S/ 268 millones. Según voceros del Ministerio de Salud, estos S/ 268 millones han sido incluidos en las transferencias que se harán a los gobiernos regionales para el pago de los servidores del régimen laboral 1057 – CAS (El Montonero, 2016). Por otro lado, se resalta el incremento presupuestal de Susalud, de S/ 45,575 a S/ 47,499 millones, cabe resaltar que Susalud se encarga de vigilar el cumplimiento de los derechos de los usuarios y consumidores de los servicios de salud, por lo que no tiene un impacto directo en la atención de salud del ciudadano, cabe resaltar que hubo un incremento de afiliados a un seguro de salud, pero no el incremento del presupuesto en salud para atender dicha población.

El Sistema de Salud pública del Perú se ha mostrado ineficiente en sus procesos, avances tecnológicos y de innovación; con una polarización de modelos opuestos de sistemas de salud, una débil rectoría y una inestabilidad por parte de una política de estado en salud (Sánchez, 2014). Cada una de las IAFAS es independiente una de la otra, existe un historial clínico del paciente por cada aseguradora y diferente estructura para la atención de pacientes. No existe coordinación de actividades para la prevención de salud entre las aseguradoras por las distintas fuentes de financiamiento, políticas para el uso del seguro, y entes que regulan sus fondos.

La inequidad y las frustraciones de la población peruana son crecientes por el desamparo en el primer nivel de atención del sistema nacional de salud, la insuficiente y demorada atención en los otros niveles, la sobresaturación en emergencias y hospitales, y las frecuentes huelgas por parte del recurso humano (Sánchez, 2014). Cabe resaltar que la inequidad se encuentra asociada con el nivel de pobreza en el Perú, principalmente de

regiones de la selva y alto andinas, pues las Política de Estado de protección social son ineficiente al no llegar a la coordinación de actividades entre la salud, nutrición, educación e infraestructura sanitaria. Asimismo la inequidad en la salud del Perú está acompañada por la desigualdades de ingresos económicos, dispersión poblacional, grupo étnico, exposición a riesgos ambientales, grupos en riesgo biológico y de capacidades entre la población (Seclén, 2008), haciendo que la distribución de recursos, infraestructura y personal de salud sea distinta en cada región.

La burocracia para la atención de los pacientes es notable es las cinco aseguradoras que componen al sistema de salud, pues cada paciente debe acogerse a los procedimientos de cada aseguradora para acceder a un cupo de atención. En el caso de SIS, los asegurados deben asistir a los establecimientos de salud desde las 7:00 am para conseguir un cupo y ser atendidos en el transcurso del día con el relleno de fichas físicas para su historial clínico; para el caso del ESSALUD, los pacientes realizan llamadas para conseguir un cupo de atención al día siguiente o días siguientes donde haya cupos libres para su atención, para el caso de especializaciones pueden demorar meses. En el caso del seguro para las fuerzas armadas, ejército, marina y SALUDPOL, el manejo es interno en cada institución; y para el caso del seguro privado, la atención mejora con sistemas de atención al paciente y con alta demanda de atención, por lo que García (2017) afirmó que el sector es burocrático, con una estructura compleja, de procesos lentos, reverberantes y lejos de la tecnología.

Los servicios de salud son fragmentados de baja calidad, baja cobertura, complemente asistencialista e ineficiente (García, 2017). Los servicios de exámenes médicos con equipos de última tecnología que ofrece el SIS y ESSALUD generalmente son tercerizados, pues no existe un presupuesto asignado para la adquisición de equipos de última tecnología, haciendo que las aseguradoras tercericen algunos servicios, generando con ello casos de corrupción y beneficio económicos con la salud de la población, tal es el

caso del ex asesor de Salud “Carlos Moreno” quién utilizó esta debilidad para vincular al SIS con clínicas privadas donde tenía poder económico (Hoyos , 2016). Aunque hubo una mejoras por los avances de cobertura universal de salud y mejoras en capacidad de respuestas ante epidemias (MINSA, 2016a). La cobertura de vacunación en niños de 18 a 29 meses ha llegado a una cobertura promedio de 84% de la población infantil, aun no siendo eficiente en su cobertura total (MINSA, 2017a).

En el Perú existe más de 7,000 puestos de salud; 2,500 centros de salud y 622 hospitales (García, 2017); cabe resaltar que los centros y puestos de salud se constituyen con el fin de brindar los servicios del primer nivel de atención, donde generalmente se atienden enfermedades controlables como las faringitis, pero el escenario es inverso, ya que la población demanda más los servicios de los centros de salud y hospitales donde se atienden enfermedades asistenciales y ambulatorias de alta complejidad, haciendo que se concentren y generen saturación en la atención de las mismas por casos que debieron ser atendidas en el primer nivel de atención. Asimismo existe una baja capacidad resolutive de los puestos y centros de salud por la categoría donde se encuentren ubicadas, por lo que los pacientes no ven mas salida que ir a los hospitales, según la Resolución Ministerial N° 632/2012-MINSA, 578 establecimientos de salud fueron declarados estratégicos del primer nivel de atención en 189 provincias del país, pero solo en 86 se ha actuado efectivamente.

De acuerdo al informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú (ver Figura 8) de los 1575 establecimientos de salud visitados, se encontró que el 44% de los establecimientos no cuentan con servicios básicos y el 35% no cuentan con unidades asistenciales. Respecto al estado de equipamiento, el 79% carece de equipamiento y el 36% cuentan con un equipamiento inoperativo. Respecto al abastecimiento de medicamentos e insumos médicos, el 47% de los establecimientos de salud tienen carencia de medicamentos trazadores y el 46% tienen sub stock de

medicamentos prioritarios. Finalmente respecto a la prestación de servicios, el 48% de los establecimientos de salud tienen ausencia de personal de salud mínima requerida y el 20% no realiza atención directa.

El recursos humanos administrativo y asistencial para el sector salud tuvo un incremento respecto a los años anteriores, pues para el año 2011 hubo un total de 180,000 trabajadores y para el año 2015 ascendió a 245,779, de los cuales el 70 % trabajaban en el Minsa, el 22% en Essalud y 8% en otras entidades (MINSA, 2015). Respecto a la densidad poblacional de profesionales de la salud, se contó con 12.2 médicos, 12.8 enfermeras y 4.6 obstetras por cada 10,000 habitantes (MINSA, 2015) mientras que otros países como España y Canadá posee una densidad de médico de 37.0 y 20.7 por cada 10,000 habitantes (World Health Organization, 2014). La Ministra de Salud del Perú indicó que existe una brecha de 50,000 profesionales para llegar a la cobertura requerida en el Perú (García, 2016).

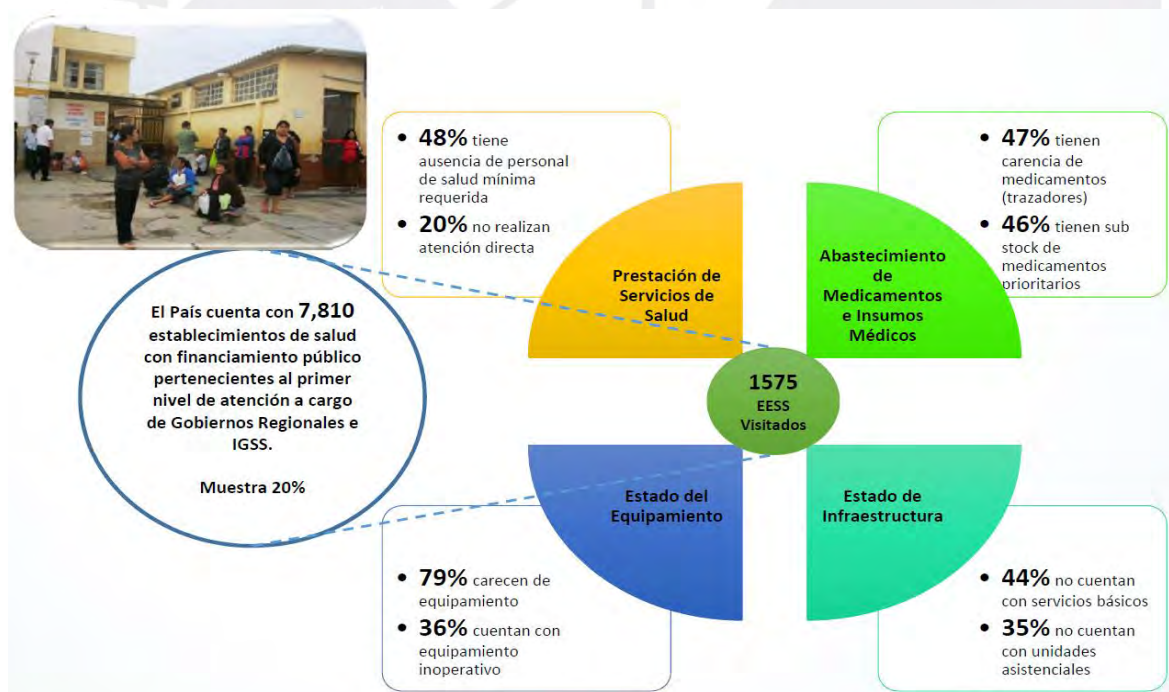


Figura 8. Situación actual de los establecimientos de salud del Perú, 2016.

Tomado de “Sustentación del Proyecto de Presupuesto del años fiscal 2017 sector salud,” por P. García, 2016

(http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/Presupuesto/files/salud_ppto_2017.pdf)

Respecto a la educación de los profesionales de la salud, básicamente a la facultad de medicina humana, el informe final de la Comisión Ministerial sobre la Educación Médica, donde integraron autoridades, ex funcionarios y académicos, concluyeron que la mayoría de médicos egresan de sus facultades sin un perfil acorde a las nuevas tecnologías y conocimientos, desentendidos de ciertos principios éticos y con “bajas” competencias profesionales; asimismo se resaltó que 19 facultades de Medicina Humana funcionan sin licencia en las Universidades y solo cuatro escuelas han logrado la acreditación (Redacción LR, 2017). Por lo que el Perú tiene un escaso número de médico egresados aptos y productivos para realizar las atenciones médicas en el sistema de salud.

Entonces, a partir del panorama del sistema nacional de salud en el Latinoamérica y en el Perú, es importante entender como este sistema afecta a la región Junín y básicamente en el primer nivel de atención pública, por lo que ésta tesis se enfocará en estudiar, analizar y plantear estrategias para mejorar los servicios de salud en este primer nivel de atención pública en la región Junín, con el fin de lograr su competitividad y liderazgo frente a las regiones macro centro del Perú.

Análisis del sector salud en las regiones macrocentro del Perú. En el marco de descentralización del Estado, todo los sectores económicos del Perú toman como referencia la Ley 27783 (2002) “Ley de Base de descentralización del Estado”, que regula la estructura y organización del Estado en todo el territorio peruano, trasladando todos los sectores económicos y sociales a las regiones. El sector salud público del primer nivel de atención también se acoge a la Ley 27783 (2002) para agrupar a las regiones en Macro regiones, la conformación de cada macro región dependerá del objetivo y estrategia adoptada por el órgano competente.

Propiamente no existe una Ley en la que se establece la pertenencia de una determinada Región a una Macro región, por ello, para este estudio se ha tomado como

referencia la Resolución de Jefatura N° 088-2017/SIS (2017) emitida por el Sistema Integral de Salud nombrando al Jefe Regional de la Macro región Centro Medio que agrupa a las regiones de Pasco, Ayacucho, Huánuco, Huancavelica y Junín, por tratarse de regiones similares en geografía y ser consideradas con una población en situación de pobreza y vulnerables a la captación de las mismas enfermedades. Para realizar un análisis de la situación actual en la salud del primer nivel de atención pública, se presentará cinco indicadores nacionales que influyen directamente en los resultados del primer nivel de atención en la salud y estos son: demográficos, socioeconómicos, mortalidad, morbilidad, de acceso, oferta y cobertura.

Indicadores demográficos. En ella se muestra la situación actual de la macro región, respecto a la distribución de la población por edades, género, nivel de urbanismo, nivel de dependencia y la razón de crecimiento que tuvieron en estos últimos años. Este indicador influye en las decisiones para las políticas de prevención de enfermedades en poblaciones vulnerables que según García (2017) incluye a la población menor a los cinco años, gestantes y recién nacidos, pobladores indígenas, pobladores de albergues, escolares de Qaliwarma, contribuyentes de RUS. La población vulnerable no generan un aporte directo al financiamiento del sistema de salud. Es importante también entender que el género de la población determinará la tasa de fecundidad y femineidad que es la matriz para el nacimiento de nuevas poblaciones. El nivel de urbanismo determina el nivel de la región en ofrecer infraestructura y servicios, según el Banco Mundial (2015) para que la población pueda acceder a la infraestructura de salud. Y la razón de crecimiento para comprender el nivel de crecimiento poblacional tuvieron en éstos últimos años.

La región Junín y Huancavelica tienen los más altos y bajos indicadores demográficos de la macro región centro (ver Tabla 1), la región Junín es el primer departamento de la macro región con el mayor número de población con 1'370,274 y el

menor es la región de Pasco con 308,465 habitantes. Junín tiene el 37.40% de su población menor a los 17 años mientras que Huancavelica abarca al 44.9% de su población. El 8.9% de la población de Junín es mayor a los 60 años, mientras que en Huancavelica es el 6.7% (MINSA, 2017a). La población de Junín tiene una razón de dependencia del 59.1, mientras que la población de Huancavelica tiene el 74.55% por cada 100 habitante (MINSA, 2017b). En Pasco la tasa de natalidad es del 21.9 mientras que en Huancavelica es de 28.98 por cada 1,000 habitantes. La tasa de crecimiento es mayor en Ayacucho con 1.78, mientras que en Huancavelica es de 0.78 por cada 100 habitantes. La mayor tasa urbana lo presenta Junín con 65.5 % de su población total, mientras que la tasa menor urbana lo tiene Huancavelica con 23.3% . Finalmente respecto a su esperanza de vida, la población de Junín puede vivir hasta los 71.85 años mientras que en la región de Huancavelica, la población puede vivir hasta los 69.79 años (MINSA, 2017a) .

Tabla 1

Indicadores Demográficos de las Regiones Macrocentro del Perú, 2015

Indicador	Unidad de medida	Periodo (años)	Perú	Huancavelica	Ayacucho	Huánuco	Junín	Pasco
Población total	habitantes	2015	31'826,018	502,084	703,629	872,523	1'370,274	308,465
Población < 17 años ^a	%	2015	27.90	44.90	39.60	38.30	37.40	37.70
Población > 60 años ^a	%	2015	6.60	6.70	7.90	8.20	8.90	7.10
Razón de dependencia ^{ab}	x 100 hab.	2015	52.60	74.55	62.20	71.50	59.10	55.80
Tasa bruta de natalidad ^a	x 1,000 hab.	2010 - 2015	19.40	28.98	23.99	23.23	22.29	21.90
Tasa de crecimiento anual ^a	x 100 hab.	2015	1.13	0.78	1.78	1.73	1.61	1.64
Población urbana ^a	%	2015	76.20	23.30	54.40	38.60	65.50	64.80
Esperanza de vida al nacer ^a	años	2010 - 2015	74.13	69.79	70.81	71.52	71.85	71.41

Nota. Tomado de “Boletines especiales de estimaciones y proyecciones de población N°17 al 20,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017d (<http://webinei.inei.gov.pe:8080/sirtod-series/>).

El color verde señala el resultado de los indicadores a nivel nacional, el color azul señala a los indicador con más alto valor y el color rojo señala al indicador más bajo valor.

^a Datos estadísticos tomados de “Estadística,” por Ministerio de Salud del Perú, 2017a (<http://www.minsa.gov.pe/index.asp?op=6#Estadística>).

^b La razón de dependencia es un indicador que muestra el esfuerzo que la población económica activa (PEA) debe realizar para cubrir las necesidades de la población más vulnerable (niños y adultos mayores), es decir, la relación entre la demanda de servicios sociales y la capacidad potencial para financiarlos. Tomado de “Estadísticas de Salud,” por MINSA, 2017b (http://www.minsa.gov.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresnac/dependencia_demografica.asp).

Indicadores socio económicos. En ella se muestra los niveles de analfabetismo, hogares con acceso a servicios básicos, nivel de pobreza y el ingreso real promedio per cápita mensual de una persona para su existencia. Cabe resaltar que la tasa de analfabetismo influyen en la salud de primer nivel de atención pública, ya que las personas que suelen alcanzar un mayor nivel educativo, hacen que sus tareas sean más productivas, así como tener mayor información y herramientas para tomar decisiones saludables que les ayude a prevenir enfermedades y evitar conductas de riesgo. Asimismo, se considera dentro del indicador socio económico el acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento y luz pública para la prevención de enfermedades gastrointestinales. El nivel de pobreza también influye en el primer nivel de atención en salud, pues la población afecta a ésta, tiene impedimentos económicos para acceder a una alimentación nutritiva y recibir atención médica que necesite. Cabe resaltar que el nivel de pobreza va amarrada con el nivel per cápita que tiene una persona para vivir.

De acuerdo a los indicadores socioeconómicos, existe un analfabetismo de la población mayor a los 15 años en la región Huancavelica con el 15.6%, mientras que el más bajo nivel lo presenta la región Pasco con el 6.3% de toda su población (ver Tabla 2). Cabe resaltar que en géneros, Huánuco tiene el analfabetismos más alto en hombres con el 6.6% de su población masculina, mientras que el más bajo lo presenta la región Junín con el 3.3%. El analfabetismo en mujeres es más alto en la región de Huancavelica con 25.4% de su población femenina, mientras que el más bajo lo presenta Pasco con el 9.9%. Respecto a los hogares con servicios básicos, el 99.6 % de los hogares de la región de Ayacucho tiene acceso a agua potable, mientras que en Huánuco sólo el 91.6%. Respecto al saneamiento, el 89.9% de los hogares de Junín se encuentra habilitado en zonas adecuadas para su vivir, mientras que en Pasco solo el 76.3% lo están. Respecto a la luz eléctrica, el 92% de la población de Junín tiene luz eléctrica en sus hogares, mientras que en Huánuco solo tienen

el 79.7% de los hogares. Respecto a la pobreza el 20.81% de la población de la región Junín se encuentra en la pobreza mientras que en Huancavelica se encuentra el 51.66%. Respecto a la pobreza extrema, el 2.92% de la población de Junín se encuentra en extrema pobreza, mientras que en Ayacucho representa el 14.94%. Finalmente respecto al nivel per cápita mensual, la región con mayor ingreso mensual es Junín con S/1139 mientras que en Huancavelica solo es S/720.

Tabla 2

Indicadores Socioeconómicos de las Regiones Macrocentro del Perú, 2014-2015

Indicador	UM	Periodo (años)	Perú	Huancavelica	Ayacucho	Huánuco	Junín	Pasco
Población analfabetismo (15+ años)								
Hombres	%	2014	3.1	5.7	5.1	6.6	3.1	3.2
Mujeres	%		9.6	25.4	20.9	20.3	10.1	9.9
Total	%		6.3	15.6	12.7	13.4	6.6	6.3
Hogares con acceso a servicios básicos ^a								
Agua	%	2015	95.8	99.3	99.6	91.6	98.7	98.1
Saneamiento	%	2014	91.4	74.6	83.3	86.7	89.9	76.3
Luz eléctrica	%	2014	92.9	84.4	88.2	79.7	92	85.8
Pobreza (Línea de pobreza) ^a								
Total	%	2015	21.77	51.66	38.55	38.55	20.81	38.55
Extremos	%		4.07	14.10	14.94	6.49	2.92	6.49
Ingreso real promedio per cápita mensual ^a								
Per Cápita Mensual ^b	S/.	2015	1305	720	905	924	1139	892

Nota. Tomado de “Sociales,” por Instituto Nacional de Estadística [INEI] – Encuesta Nacional de Hogares, 2015, 2017b (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>).

El color verde señala el resultado de los indicadores a nivel nacional, el color azul señala a los indicador con más alto valor y el color rojo señala al indicador más bajo valor.

^a Indicadores elaborados con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares, que constituyen una de las principales fuentes de información económica y social del Perú. Tomado de “Evolución de la Pobreza Monetaria 2009 – 2015. Informe Técnico,” por INEI, 2016a (https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf).

^bDatos estadísticos tomados de “Empleo,” por el Instituto Nacional de Estadística [INEI], 2015c (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>).

Indicadores de morbilidad. Este indicador mide el número de personas que se enferman en un determinado periodo y ámbito geográfico en relación a la cantidad de personas que la habitan. Este indicador es clave ya que en ella se refleja el resultado de las acciones que realiza una región frente a las enfermedades que enfrenta su población, producto de control y prevención de los mismos. Para evaluar este indicador, se tomará en cuenta el número de casos de enfermedades como la Tuberculosis, Malaria, Dengue, VIH

infectados, SIDA, enfermedades diarreicas, anemia, neumonía y desnutrición. Cabe resaltar que éstas enfermedades pueden ser prevenidas con vacunas, pastilla y charlas de prevención, y éstas generalmente se realizan en el primer nivel de atención pública de la salud.

De acuerdo a los indicadores de Atención de Salud del INEI (2017b) la región Junín presenta el mayor número de casos de enfermedades como la Tuberculosis, Malaria, Dengue, VIH infectados y SIDA, por el mayor número de población que presenta (ver Tabla 3). Respecto a los menores casos de éstas enfermedades, Pasco presenta 81 casos de personas con Tuberculosis, no existe casos de Malaria en Huancavelica y Huánuco, tampoco existe casos de Dengue en las regiones de Huancavelica y Ayacucho. Respecto al contagio de VIH, Huancavelica muestra 76 casos de personas infectadas, mientras que Ayacucho y Pasco presentan 16 casos de personas con SIDA.

Tabla 3

Indicadores de Morbilidad en las Regiones del Macrocentro del Perú

Indicador	Unidad de medida	Periodo (años)	Perú	Huancavelica	Ayacucho	Huánuco	Junín	Pasco
Tuberculosis ^a	Nº casos	2014	23,296	87	254	320	671	81
Malaria ^a	Nº casos	2015	65,279	0	681	0	2,071	9
Dengue ^a	Nº casos	2015	17,283	0	0	129	511	33
VIH infectados ^a	Nº casos	2004-2015	41,343	76	180	522	1,028	175
SIDA ^a	Nº casos	2004-2015	17,190	24	16	33	131	16
Atenciones a enfermedades diarreicas <5 años ^b	Nº casos	2014	603,709	12,966	19,364	23,734	27,253	7,906
Atenciones por infecciones respiratorias <5 años ^b	Nº casos	2014	2,016,553	52,605	48,196	52,605	62,978	23,136
Bajo peso al nacer (< 2.5 Kg) ^b	%	2015	7.5	8.1	10.6	9.1	8.2	9.8
Neumonía en <5 años ^b	Nº casos	2017	2218	17	31	66	45	18
Desnutrición crónica < 5 años (Patrón OMS) ^b	%	2015	14.4	34	21.7	24.2	19.8	22.4
Madres o gestantes adolescentes 15-19 años ^b	%	2015	13.6	15.4	15.1	19.2	11.2	16
Anemia en niños menores a 36 meses de edad ^b	%	2016	41.6	53.4	50.1	42.9	53.9	56.1

^a Indicadores de Atención de Salud del INEI que afectan al entorno social de la población Peruana.

Nota. Tomado de “Sociales,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2017b

(<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>). ^b Tomado de “Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre. Informe Técnico publicado en agosto 2016,” por INEI, 2016b

(http://proyectos.inei.gov.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf). Elaborado con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES, en el marco del enfoque del Presupuesto por Resultados que permiten el monitoreo y evaluación de la gestión presupuestaria a nivel de sectores.

Respecto a las enfermedades diarreicas, Junín presenta 27,253 casos mientras que Pasco presenta 7,906 casos. Respecto a las enfermedades respiratorias, Junín presenta 62,978 casos de personas enfermas, mientras que Pasco tiene 23,136 personas; esto debido a la ubicación de la población en zonas alto andinas y de alto friaje.

Respecto a la enfermedad de los infantes, el 10.6% de los recién nacidos en Ayacucho nacen con un bajo peso, mientras que en Huancavelica representa el 8.1% de la población de recién nacidos. Huánuco presenta 66 casos de la población con Neumonía, mientras que Huancavelica presenta 17 casos anuales. Respecto a la desnutrición crónica, Huánuco presenta 24.2% de la población total, mientras que Junín representa el 19.8% de su población. Respecto a las enfermedades relacionadas con la maternidad, el 11.2% de la población de Junín son madres adolescentes de 15 a 19 años de edad, mientras que en Huánuco presenta el 19.2% de su población. Finalmente, respecto a la anemia en niños menores a 36 meses de edad, el 56.1% de la población de niños tienen anemia, mientras que en Huánuco representa el 42.9% (INEI, 2017b).

Indicadores de mortalidad. Este indicador explica el resultado de las actividades de prevención en el primer nivel de atención pública del sector salud, pues la muerte es el camino final de toda enfermedad, por lo que es importante analizarla y ver su evolución de periodos pasados. En los últimos 20 años la tasa bruta de mortalidad (TBM) que expresa el número de muertos por cada mil habitantes, presentó un decrecimiento a nivel nacional, pero poco controlable con la tasa de mortalidad neonatal que es el número de neonatos muertos por cada mil nacidos vivos.

De acuerdo al MINSA (2017c) la tasa bruta de mortalidad representa la muerte de una persona por 1,000 habitantes, Huancavelica obtuvo la tasa más alta con el 8.9% de cada 1,000 personas, mientras que Huánuco obtuvo el 6.2%. La tasa de mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos fue mayor en Ayacucho con una tasa del 18.2% mientras que en

Junín fue el 9.8% (ver Tabla 4).

Tabla 4

Indicadores de Mortalidad de las Regiones del Macrocentro del Perú

Indicador	Años	Perú	Huancavelica	Ayacucho	Huánuco	Junín	Pasco
Tasa bruta de mortalidad							
Muertes por 1,000 habitantes	1995-2000	6.4	13	10.7	7.6	7.2	11.1
	2000-2005	6.2	11.3	9.7	7	6.9	10.1
	2005-2010	6	10	8.9	6.5	6.7	9.3
	2010-2015	6	8.9	8.2	6.2	6.6	8.5
Tasa de Mortalidad Neonatal							
Neonatos muertos por 1,000 Nacidos Vivos	2009	12.8	16.6	10.7	12.4	12.6	14.6
	2010-2011	9.8	14.4	10.8	12.3	8.3	16.3
	2011-2012	12.6	16.6	11.4	12.7	11.6	17.3
	2012-2013	12	15.1	12	13.9	16	15.8
	2013-2014	11.5	16.9	18.2	11.7	9.8	11.5

Nota. Tomado de "Departamento de Junín," por Ministerio de Salud, 2017c (<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/mortalidad/tasaMortalidadGeneral/TASMORMacros.asp?12>).

Indicadores de recursos, acceso y cobertura. Los indicadores de recursos, acceso y cobertura muestran la gestión de cada región para la obtención de recursos en la prestación de servicios de la salud en el primer nivel de atención. En este indicador se considera al recurso humano para la atención en salud, el total de establecimientos, el acceso para la atención, la cobertura en vacunación y el total de la población con acceso a un seguro de salud. De acuerdo al MINSa (2015) Pasco es la región con menor número de profesionales de la salud en comparación con las regiones del macro centro. Junín tiene a 588 profesionales médicos y 1,152 enfermeros, mientras que Pasco tiene 140 y 261 respectivamente. Huánuco es la región con mayor número de obstetras, mientras que Pasco sólo posee 213. Ayacucho es la región con mayor número de Odontólogos, mientras que Pasco sólo posee 58 (ver Tabla 5).

Tabla 5

Indicadores de Recursos, Acceso y Cobertura de las Regiones del Macrocentro del Perú

Indicador	UM	Periodo (años)	Perú	Huancavelica	Ayacucho	Huánuco	Junín	Pasco
Recursos humanos de la salud ^a								
Médicos	No.	2015	36,594	297	409	405	588	140
Enfermeros	No.		39,210	673	990	1,002	1,152	261
Obstetras	No.		14,452	440	650	705	621	213
Odontólogos	No.		5,688	137	211	171	174	58
Densidad de Recursos Humanos ^a								
Médicos	Por 10,000 Hab.	2015	12.2	7.2	7.0	5.9	6.6	7.4
Enfermeros			12.8	14.6	15.8	13.4	11.3	13.3
Obstetras			4.6	9.2	9.8	8.6	4.9	7.9
Total			29.6	31.0	32.6	27.9	22.8	28.6
Establecimientos de salud ^b								
Hospitales	No.	2014	622	5	13	5	31	7
Centros	No.		2,519	73	68	78	128	30
Puestos	No.		7,719	361	370	253	488	258
Salud sexual y reproductiva ^c								
Atención del parto por profesional de salud (††)	%	2015	92.90	91.90	96.70	95.80	90.60	91.30
Parto en EE.SS. público o privado	%		91.00	91.10	96.30	94.50	86.40	89.90
Coberturas de vacunación en niños de 18 a 29 meses ^c								
DPT3	%	2015	80.20	84.40	82.30	91.20	86.20	75.20
OPV3	%		79.00	80.90	81.80	91.10	81.20	77.00
BCG	%		94.70	96.60	95.10	95.80	95.60	93.40
Sarampión-Rubeola-Paperas	%		83.40	75.18	87.90	94.30	87.50	85.10
Población con acceso a seguro de salud ^d								
Total con seguro de salud	%	2015	69.01	91.80	85.80	78.20	59.70	67.60
Seguro Integral de Salud	%		39.01	80.10	73.60	63.50	37.20	41.80
Essalud	%		24.58	10.00	10.10	13.30	19.30	24.90
Otro seguro	%		5.40	1.70	2.10	1.30	3.20	0.80

Nota. ^a Tomado de "Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú," por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, 2015 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3397.pdf>). ^b

Tomado de "Estadística," por Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática, 2017a

(<http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6#Estadística>). ^c Tomado de la "Encuesta demográfica y de salud familiar, 2015", por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016b (http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf). ^d

Tomado de "Sociales," por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017b (<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>).

La cantidad de profesionales de la salud no es determinativo para indicar la cobertura de profesionales, para ello existe el indicador de densidad de recursos humanos, donde se analiza la cantidad de profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a ello, la región Ayacucho tiene el mayor número en la densidad de total de recursos humanos con 32.6 por cada 10,000 habitantes, mientras que Junín es la región con la más baja densidad con 22.8. Respecto a los médicos, Pasco tiene a 7.4 médicos por cada 10,000 habitantes, mientras que Huánuco tiene 5.9 médicos. Ayacucho tiene el mayor número de densidad de enfermos y obstetras por cada 10,000 habitantes con 15.8 y 9.8 respectivamente, mientras que Junín presenta los datos más bajos con 11.3 y 4.9 (MINSA, 2015).

Respecto a los establecimientos de salud, Junín lidera con el mayor número de establecimientos, básicamente en centros y puestos de salud, esta información es importante porque en ella se realiza las atenciones para el primer nivel de atención en salud; mientras que Huánuco sólo presenta a 253 puestos de salud y Pasco 30 centros de salud. Respecto a las atenciones del parto por profesionales de salud, Ayacucho es la región con mayor porcentaje de profesionales que atienden a los partos con el 96.7%, mientras que Junín solo es cubierto con el 90.6% de la población. Respecto a la atención de partos en establecimientos públicos o privados, el 96.3% de la población femenina embarazada ha utilizado un establecimiento de salud para atender su parto, mientras que en Junín sólo el 86.4% utilizó este medio (MINSA, 2015).

Respecto a la cobertura de vacunas en niños de 18 a 29 meses de nacidos, Huánuco y Huancavelica son las regiones que tienen mayor cobertura en sus vacunaciones de su población más vulnerable, mientras que Pasco presenta las tasas más baja en cobertura de vacunas. Cabe resaltar que las vacunas son importante porque con ella se previene las enfermedades más factibles en los neonatos recién nacidos, por lo que la vacunas se otorga a la población en el primer nivel de atención de la salud (INEI, 2016b). Finalmente respecto a

la población con acceso a un seguro de salud, la región de Huancavelica presenta el 91.8% de su población asegurada mientras que Junín sólo tiene al 59.7% de su población, cabe resaltar que la mayor parte de los asegurados tienen el Seguro Integral de Salud pública (SIS) (INEI, 2017b).

Análisis del sector salud de la región Junín en el primer nivel de atención. A partir de la presentación de la información de las macroregiones del centro del Perú sobre el los indicadores nacionales del sector salud, se mostró que Junín es la región con mayor número de población así como de población longeva de más de 60 años, por lo que éste representa una población económicamente no activa; es también una ventaja que Junín lidere en población urbana y con mayor esperanza de vida, ya que se en ella se encuentra condiciones óptimas para que un habitante pueda vivir, por la alta tasa de saneamiento y acceso a la luz eléctrica, esto gracias al mayor ingreso per cápita mensual en comparación con las demás macro regiones.

Junín presenta las más altas tasas de enfermedades que se pueden prevenir con campañas y vacunaciones, aunque controla la desnutrición y el número de mujeres gestantes menores de 19 años, su número de neonatos muertos por cada 10,000 nacidos vivos es menor en comparación a las regiones del macro centro.

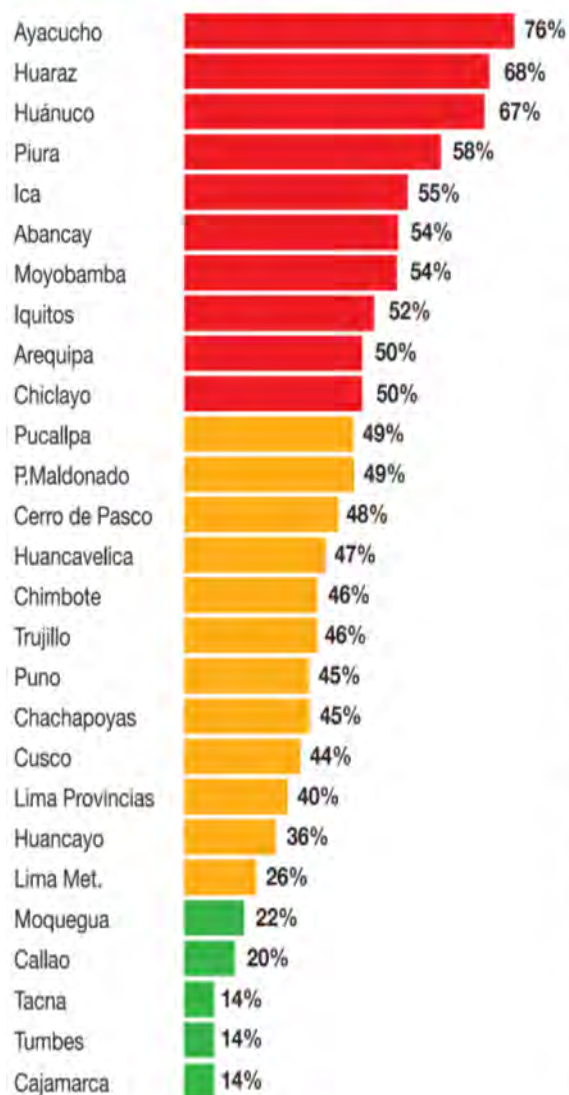
La región Junín tiene el mayor número de establecimientos para el primer nivel de atención de salud, pero con una densidad baja en recursos humanos para su atención, básicamente de enfermeros y obstetras, ocasionando una baja tasa en atenciones de partos por profesionales de la salud y partos en establecimientos públicos y privados. A pesar de contar con el mayor número de la población del macro centro, Junín tiene la más baja tasa de asegurados en comparación con las demás regiones. El Índice de Progreso Social Regional 2016 (IPS) elaborado por la CENTRUM Católica Graduate Business School de la Pontificia Universidad Católica del Perú (2016b) indicó que la atención de necesidades

básicas, el nivel de nutrición y asistencia médica básica es liderada por Ayacucho y Huánuco por factores como el acceso a los servicios básicos que ayudan a prevenir las enfermedades diarreicas y anemia. Junín se encuentra después de ellas pese a ser una región con mayores recursos y ventajas que las otras, por lo que es importante entender la situación de la salud en el primer nivel de atención pública en la región. A partir de ellos, se analizará el primer nivel de atención pública en la región Junín en base a cuatro indicadores de gestión: prestación de servicios, abastecimiento de medicamentos, equipamiento médico e infraestructura.

Respecto a la prestación de servicios de salud, el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú indicó que el 36% de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín no publican el listado de los servicios que ofrecen a la población o no se encuentran en lugares visibles. El 47% no brinda atención médica directa ni soporte a pacientes y hay carencia de servicios de laboratorio clínico y ausencia de consulta externa. Con esto se muestra que la gestión para la prestación de servicios de salud es ineficiente al no contar con el recurso humano óptimo y disponible para su atención así como de difundir los servicios de salud de manera accesible y oportuna (ver Figura 9) (Contraloría General de la República, 2016).

Cabe resaltar que de acuerdo a la norma técnica 021 MINSA, los médicos, enfermero y obstetras son recursos necesarios para el primer nivel de atención, por lo que es necesarios que todos los establecimiento de salud deberían de contar con ellos. En el caso de la región Junín, el escenario se muestra desfavorable ya que se ha evidenciado una disminución de profesionales desde el año 2013 (ver Figura 10). Asimismo se aprecia que hay una baja concentración de médicos en la categoría I-1 y mayor concentración de ellos en la categoría I-2 y I-3. Respecto a los enfermeros y obstetras, existe una mayor concentración en la categoría I-3 y una baja concentración en la categoría I-4.

La falta de publicación de la cartera de servicios



La ausencia de personal de salud en la cantidad mínima requerida

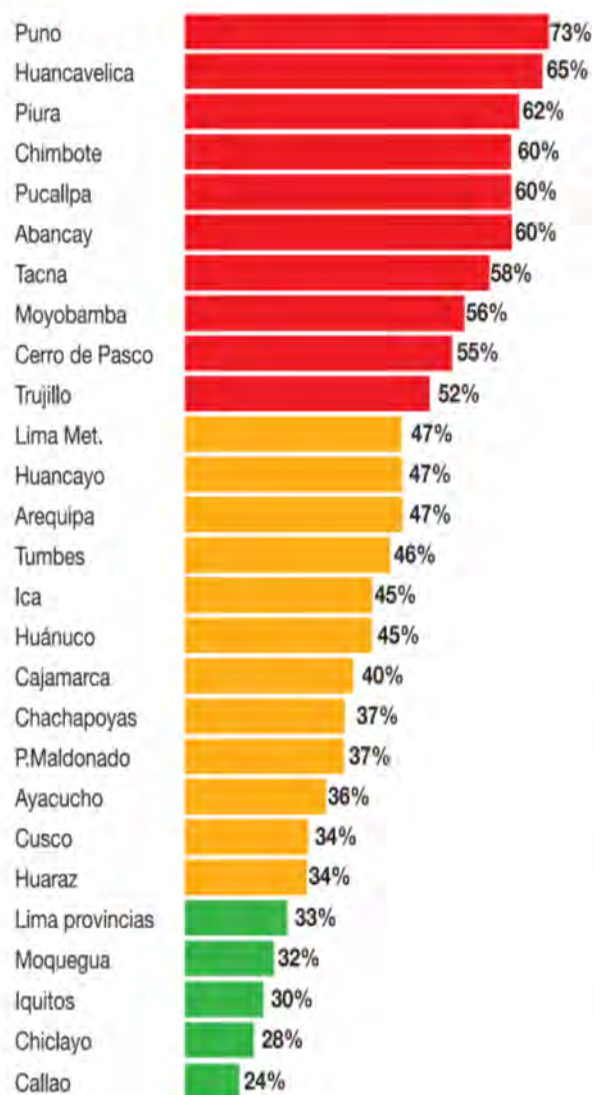


Figura 9. Situación de la prestación de servicios de salud en Huancayo.

Tomado de “nota de prensa N° 90 -2016-CG/COM,” por la Contraloría General de la República del Perú, 2016 (http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284/NP_90_2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284). El % representa a los establecimientos que no cumplen con la condición por cada región.

Es importante señalar que existe una mayor cantidad de establecimientos de salud de la categoría I-1 para lo cual solo se cuenta con 27 médicos, 128 enfermeros y 101 obstetras a una razón de atención de 0.90, es decir que un puesto de salud I-1 tiene por lo menos a uno de estos profesionales en atención (ver Tabla 6).

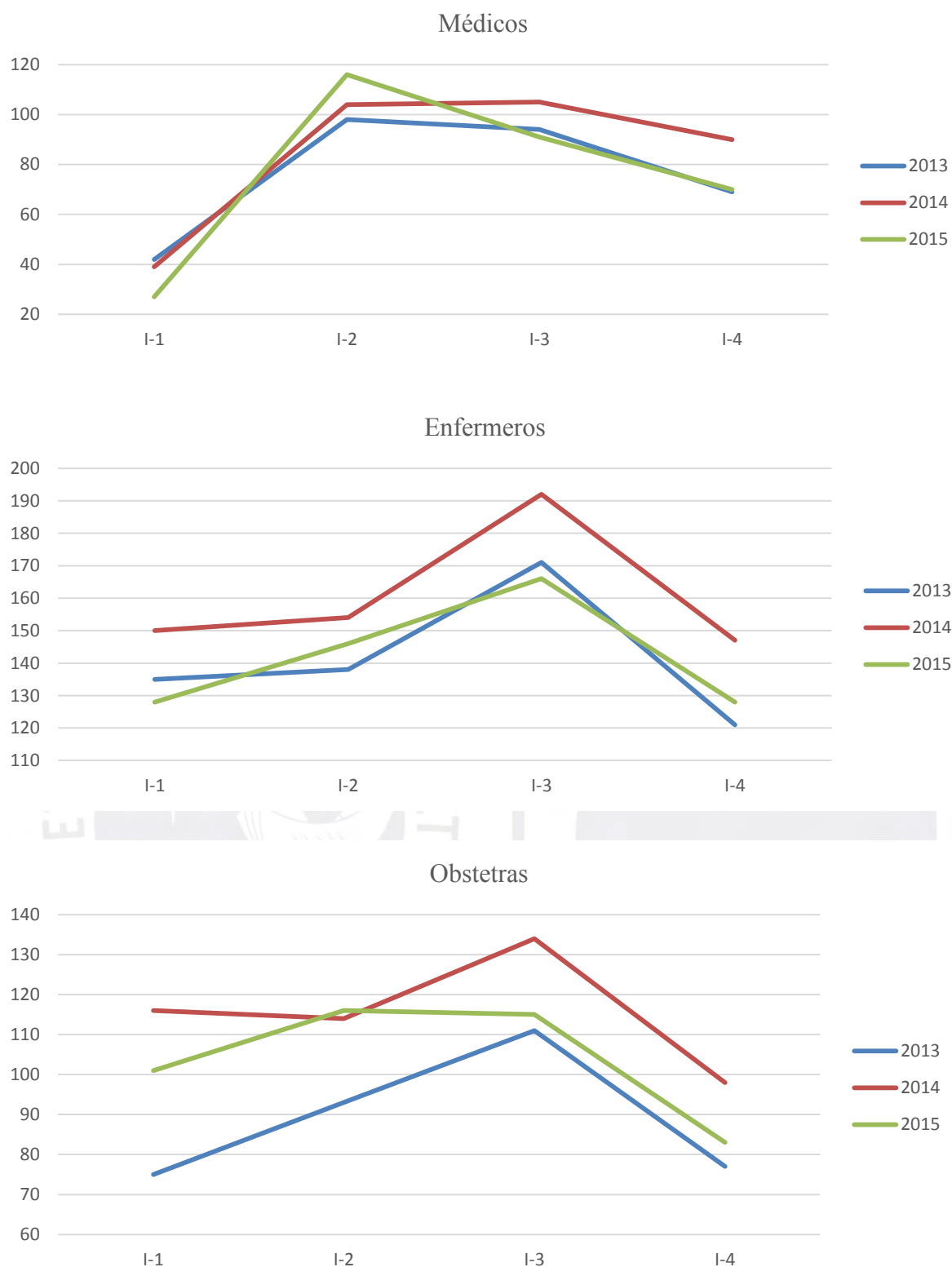


Figura 10. Evolución de la cantidad de médicos, enfermeros y obstetras en el primer nivel de atención pública en los puestos y centros de salud (2013-2015).

Adaptado del “Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015,” por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA, 2015 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3444.pdf>).

Tabla 6

Razón de Profesionales de Salud por Establecimiento de Salud en Junín, 2015

Categorías	EESS ^a	Médicos	Enfermeros	Obstetras	Total RRHH	Proporción
I-1	283	27	128	101	256	0.90
I-2	131	116	146	116	378	2.89
I-3	53	91	166	115	372	7.02
I-4	11	70	128	83	281	25.55
Total	478	304	568	415	1287	

Nota. Total de RRHH es la suma de médicos, enfermeros y obstetras. ^aEESS establecimientos de salud por categoría de la Dirección Regional de Salud Junín. Tomado de *Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015*, por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA, 2015. ^a“Total de establecimientos de salud por las 9 redes de salud de la DIRESA Junín,” por la Superintendencia Nacional de Salud, 2017 (<http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>).

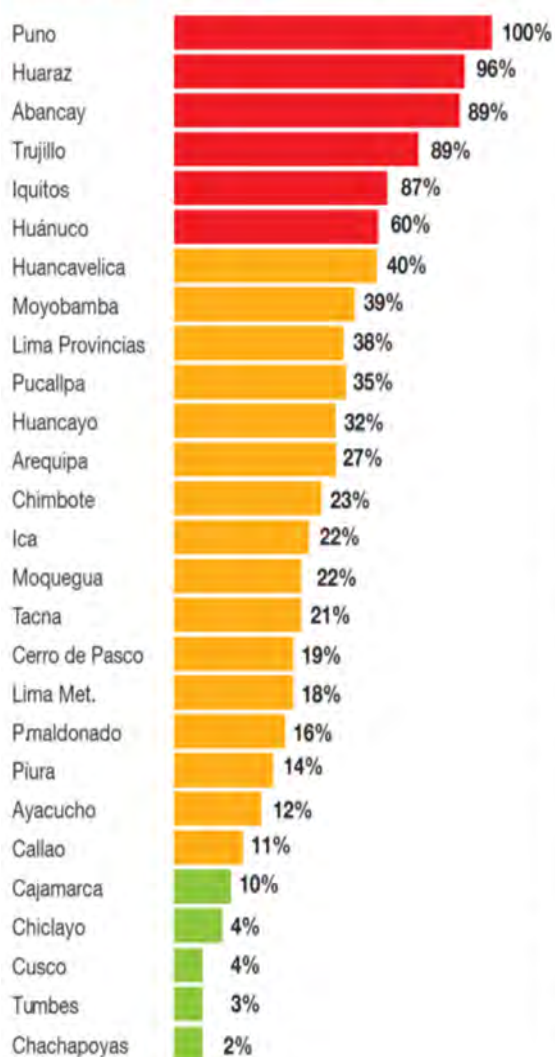
En el caso de la categoría I-2 con casi la mitad de establecimientos de la categoría I-1, se tiene una razón de 2.89, es decir que se puede encontrar a los tres profesionales en su conjunto en este centro de salud. Respecto a la categoría I-3 con 52 establecimientos, se puede encontrar a 7.02 profesionales y finalmente en la categoría I-4 con 11 establecimientos se puede encontrar a 25.55 profesionales en mención. Cabe resaltar que según la norma técnica 021 del MINSA, el primer nivel de atención debe atender al 70 – 80% de la demanda, por lo que se demuestra que existe una concentración de profesionales en la categoría I-3 y I-4 que tienen la función asistencialista, dejando con un bajo recurso a los establecimientos con categoría I-1 y I-2 que tiene la función de prevención y promoción de la salud.

Respecto al abastecimiento de medicamentos e insumos, el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú indicó que el 71% de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención de la región Junín tienen un sobrestock de medicamentos e insumos médicos prioritarios que generan riesgo en las fechas de vencimiento y el perjuicio económico en los fondos asignados para su gestión (ver Figura 11). El 32% tiene carencia de medicamentos e insumos médicos prioritarios (trazadores) para la atención oportuna del paciente. Así mismo, se detectó que el 46% de

establecimientos tiene substock de medicamentos e insumos médicos prioritario para el tratamiento de pacientes. El 32% tiene una inexistencia de medicamento prioritario (Oxitocina) para las atenciones de obstetricia. Y el 30% de los establecimientos le falta y/o no actualiza sus tarjetas de control visible de medicamentos que generan el riesgo en el control de los medicamentos (Contraloría General de la República, 2016).

Carencia de medicamentos e insumos esenciales para obstetricia neonatal primaria

CATEGORÍA I-1, I-2, I-3.



Substock de medicamentos e insumos médicos prioritario

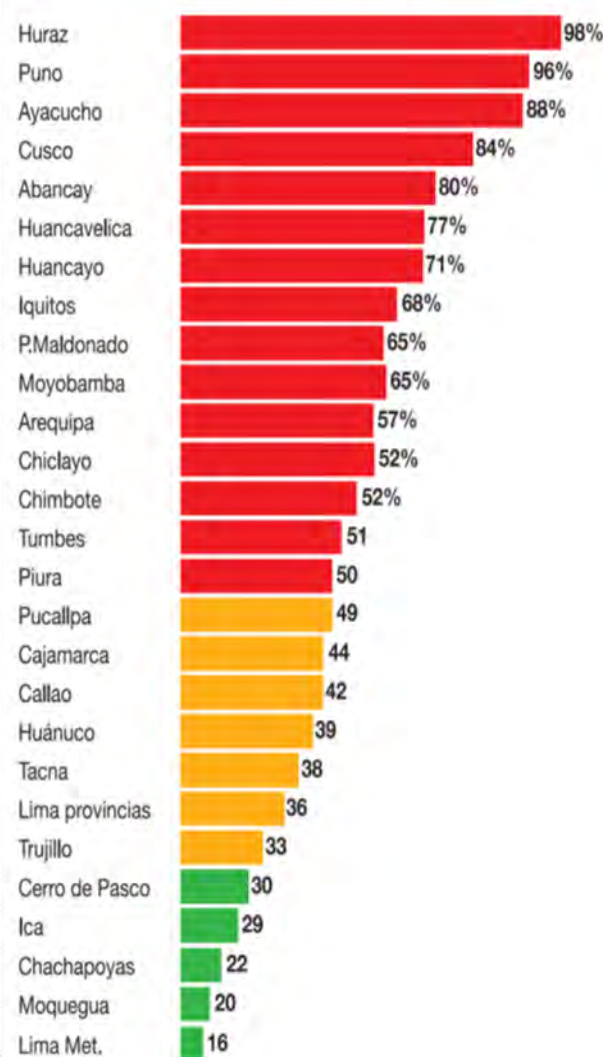


Figura 11. Situación de abastecimiento de medicina e insumos en Huancayo.

Tomado de “nota de prensa N° 90 -2016-CG/COM,” por la Contraloría General de la República del Perú, 2016 (http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284/NP_90_2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284). El % representa a los establecimientos que no cumplen con la condición por cada región.

En relación a los medicamentos, la disponibilidad de abastecimiento en los Centros y Puestos de salud del primer nivel de atención depende de la gestión de la Dirección General de Medicamentos Insumo y Drogas DIGEMID organismo adscrito al Ministerio de Salud. Esta entidad hace el requerimiento para el año fiscal el año anterior (2016) y se aprueba mediante Resolución Ministerial el tipo y la cantidad a comprar, mediante un listado de productos farmacéuticos para la compra corporativa para el abastecimiento del siguiente año (2017). Actualmente el indicador de abastecimiento de disponibilidad de medicamentos por niveles de atención en la región Junín es del 100%, para el año 2016, la Dirección Regional de Salud de Junín ha llegado a cubrir el 88,11 % de esta disponibilidad, no cumpliendo con la meta propuesta por la demora en la distribución de los medicamentos desde el año 2013 al 2016 en las Redes de salud de Chanchamayo, Chupaca, Huancayo, Satipo, Jauja, Yauli, Tarma, Junín , Pangoa, Pichanaqui (ver Tabla 7).

Tabla 7

Comparación de abastecimiento de disponibilidad de medicamentos por niveles de atención, 2013 al 2016

REDES DE SALUD	% PROMEDIO DISPONIBLE ANUAL 2013	% PROMEDIO DISPONIBLE ANUAL 2014	% PROMEDIO DISPONIBLE ANUAL 2015	% PROMEDIO DISPONIBLE ENERO A OCTUBRE 2016
CHANCHAMAYO	83.42	88.49	86.85	84.16
CHUPACA	84.26	85.43	87.28	90.61
HUANCAYO	81.88	85.38	86.59	90.67
JAUJA	87.29	87.76	92.09	90.64
JUNIN	88.16	89.00	92.23	90.58
PANGOA	78.95	85.03	92.39	89.02
PICHANAKI	83.35	89.88	90.88	84.38
SATIPO	82.47	80.46	85.99	84.48
TARMA	78.57	89.32	88.05	86.19
YAULI-OROYA	81.11	87.45	92.63	91.87
	81.71	85.75	88.32	88.11

Nota. Promedio de disponibilidad de medicamentos por redes de salud del 2013, 2014, 2015 y 2016. Tomado de la *Disponibilidad de Medicamentos 2013-2016*, por la Dirección Regional de Salud de Junín, 2017 (http://www.diresajunin.gob.pe/web2015/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=88&Itemid=324).

Respecto al estado del equipamiento médico, el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú indicó que el 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín carecen del equipamiento mínimo requerido, ocasionando riesgo en la atención de los asegurados al limitar la adecuada ejecución del acto médico y actividades de apoyo. El 49% de los establecimientos tiene equipamiento médico inoperativo, ocasionando riesgo en la atención de los usuarios, así como el perjuicio económico por la conservación y custodia de los equipos (Contraloría General de la República, 2016) (ver Figura 12).

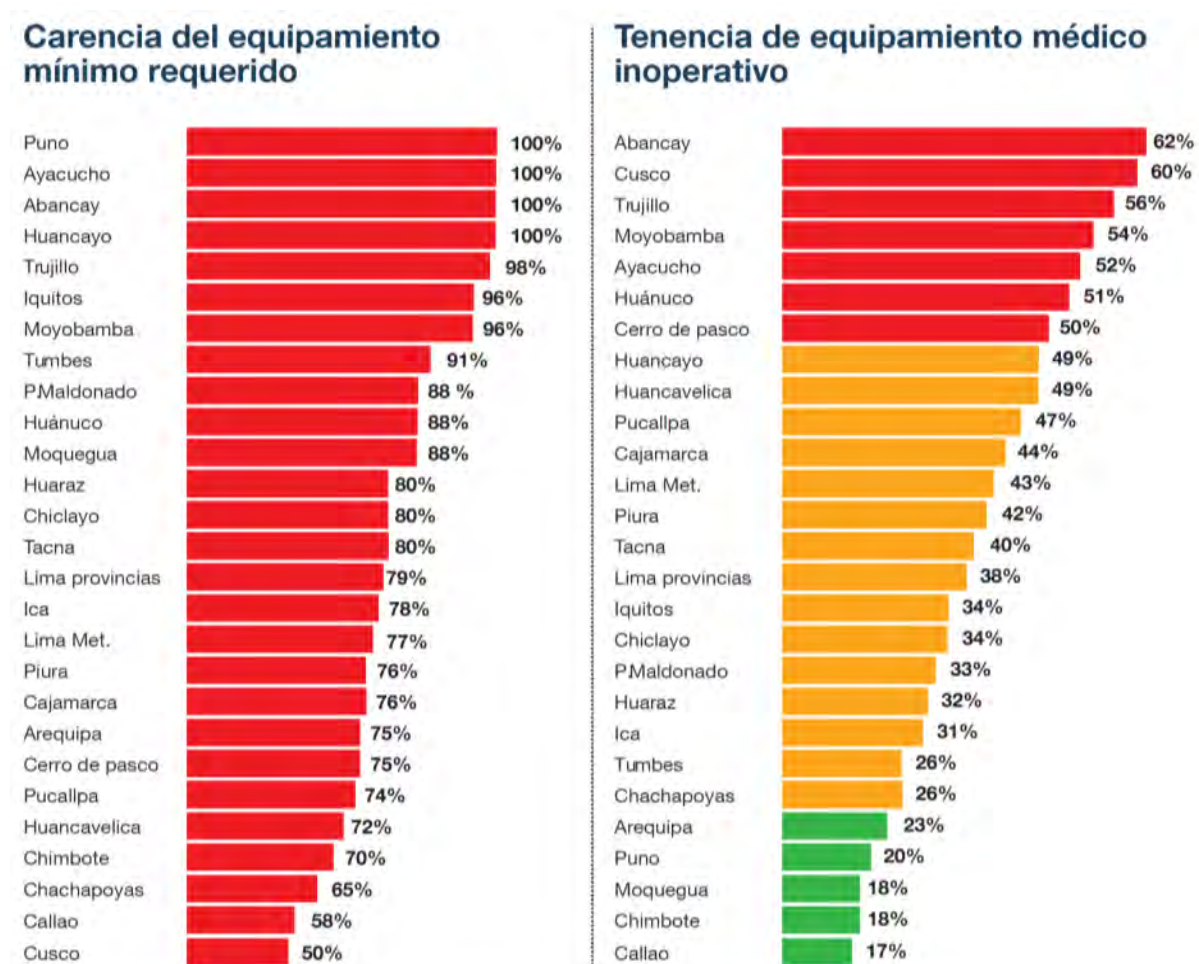


Figura 12. Situación del estado del equipamiento médico en Huancayo.

Tomado de la nota de prensa N° 90 -2016-CG/COM, por la Contraloría General de la República del Perú, 2016 (http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284/NP_90_2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284). El % representa a los establecimientos que no cumplen con la condición por cada región.

Respecto a la infraestructura, el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú indicó que el 27% de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la región Junín carecen de servicios básicos como agua potable, alcantarillado y energía eléctrica, lo que genera riesgo en la bioseguridad de los pacientes, familiares y personal de salud, al no poder garantizar la adecuada higiene, asepsia, desinfección y esterilización de la infraestructura y equipamiento. El 60% de los establecimientos carecen de unidades asistenciales mínimas como tóxico, sala de espera, sala de partos o sala de Rayos X, entre otros, según categoría (ver Figura 13).

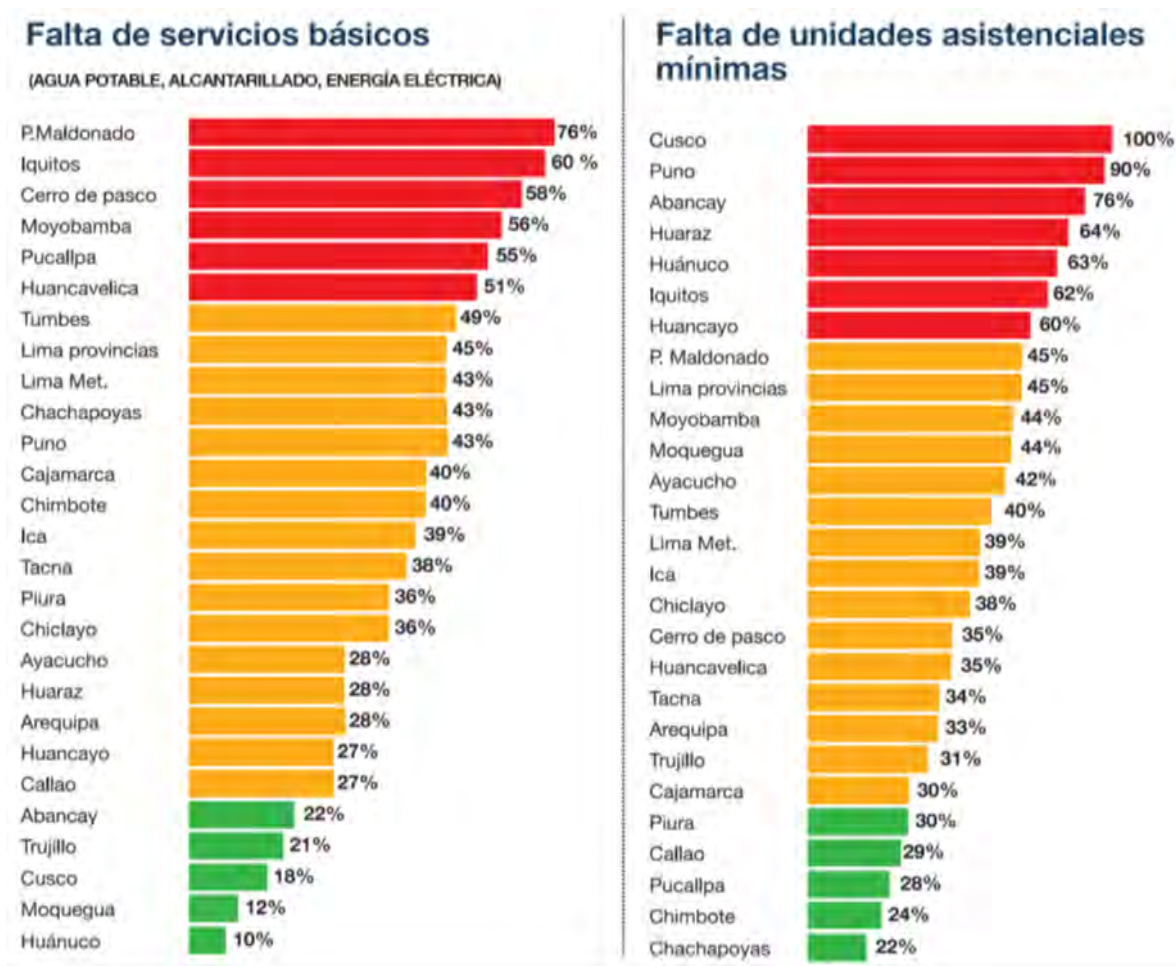


Figura 13. Situación de la infraestructura de los establecimientos de salud en Huancayo. Tomado de “nota de prensa N° 90 -2016-CG/COM,” por la Contraloría General de la República del Perú, 2016 (http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284/NP_90_2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284). El % representa a los establecimientos que no cumplen con la condición por cada región.

Asimismo, se ha encontrado la falta de servicios generales y complementarios como el mantenimiento correspondiente para conservar y dar seguridad a los medicamentos, insumos, alimentos, y equipos. La falta de unidades administrativas como admisión, informe, caja y jefatura que afecta a la atención al paciente. Inadecuada ubicación del establecimiento de salud, generando riesgo en la seguridad del paciente así como el deterioro de equipos médicos. Y el incumplimiento de los horarios de atención y/o la dificultad en el acceso generando riesgo en la atención oportuna al paciente (Contraloría General de la República, 2016).

Respecto a nivel de eficiencia del gasto público en salud de los puestos y centros de salud, el Ministerio de Economía y Finanzas asigna un presupuesto inicial aprobado por su respectivo titular con cargo a los créditos presupuestarios establecidos, que luego se puede incrementar por el compromiso anual luego del cumplimiento de los trámites legalmente establecidos y la realización de gastos previamente aprobados (MEF, 2017). De acuerdo al reporte de transparencia económica del MEF, el nivel de eficiencia en gestión se encuentra conformada por los pliegos: dirección y supervisión superior, asesoramiento y apoyo, infraestructura y equipamiento, preparación y perfeccionamiento de recursos humanos. El reporte del año 2013 al 2016 (ver Tabla 8) muestra que el presupuesto asignado para gestión no ha sido utilizada al 100%, llegando a un máximo de 95.38%. Asimismo, el último reporte obtenido a setiembre de 2017, indica que el uso del presupuesto para acciones de gestión va en 58.20%, evidenciando un avance de 38.30% en acciones de equipamiento e infraestructura, siendo esta acción importante para la prestación de servicios a la población del primer nivel de atención pública en la región Junín.

Entonces a partir de identificar la situación actual del primer nivel de atención público del sector salud en la región Junín, esta tesis se enfocará en otorgar estrategias y planes de mejoramiento para lograr la eficiencia en cinco indicadores de gestión que son: la

prestación de servicios, equipamiento médico, abastecimiento de medicamentos, infraestructura y gestión del gasto en salud.

Tabla 8

Avance del Presupuesto Asignado a Gestión por Parte del MEF

	Avance de presupuesto asignado por el MEF				
	2013	2014	2015	2016	2017 setiembre
Gestión	94.92	93.25	95.10	95.38	58.20
Dirección y supervisión superior				100.00	45.60
Asesoramiento y apoyo			94.90	92.40	67.00
Infraestructura y equipamiento	94.70	93.10	99.60	100.00	38.30
Preparación y perfeccionamiento del recurso humano	97.40	100.00	99.60	99.50	50.40

Nota. Tomado del “portal de transparencia económica,” por MEF, 2017e (<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/>).

1.2. Conclusiones

El sistema de salud en el Perú está compuesto por dos subsistemas: público y privado. El sistema privado es financiada de manera directa por parte del ciudadano peruano. El sistema público es financiada por una contribución directa e indirecta (subsidiada). El fin del sistema de salud es lograr que la población peruana pueda tener el acceso universal a la salud a través de cinco aseguradoras de salud (SIS, ESSALUD, SALUPOL, EPS, Fuerzas Armadas).

El Seguro Integral de Salud [SIS] es un tipo de seguro público que vela por el acceso universal a la salud de la población vulnerable, su principal proveedor para la prestación de servicios de salud es el Gobierno Regional de Salud a través de sus establecimientos de salud distribuidas en redes de salud. El SIS financia a los centros y puestos de salud con el

fin de que ellos puedan prestar los servicios de salud a la población asegurada al SIS, a través del uso de su infraestructura, equipamiento y recurso humano. El SIS financia el abastecimiento de medicamentos preventivos.

Los indicadores nacionales que miden la salud en el Perú se constituye por: el nivel demográfico, socio económico, nivel de mortalidad, morbilidad, acceso y cobertura. Estos indicadores universales permiten comparar el nivel de avance de la salud en el Perú en comparación con los demás países y organismo internacionales.

Las regiones del macro centro del Perú constituidas por: Junín, Huancavelica, Ayacucho, Pasco y Huánuco, presentan diferentes resultados en los indicadores nacionales de la salud. Cada región tiene un comportamiento distinto por las acciones y gestiones que realiza su Dirección Regional de Salud. La región Junín ha presentado un escenario desfavorable frente a las demás regiones del macro centro del Perú producto de su ineficiencia en la gestión de procesos y recursos. Los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín presenta ineficiencia en cinco indicadores de gestión como la prestación de servicios, abastecimiento médico, equipamiento médico operativo, infraestructura y gestión del gasto en salud; ocasionando una inadecuada atención al asegurado al SIS.

Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética

2.1. Antecedentes

Pensar en el futuro y planear estratégicamente otorga a la organización más posibilidades de sobrevivir, más que actuar solo en función del corto plazo. Este propósito requiere que se inicie el proceso estratégico en la fase de formulación, en la que se enuncie el conjunto de los cuatro componentes fundamentales: (a) visión, (b), misión, (c) valores, y (d) código de ética (D'Alessio, 2015).

Algunas organizaciones definen qué es su visión, misión, y valores.

Lamentablemente, muchas de ellas solo lo realizan por fines administrativos, para dejar una historia escrita sobre el papel o simplemente, para decir que los tienen. Algunas veces solo son conocidas por los gerentes, y en otros casos incluso ni se recuerda dónde se guardó. Ocurre también que en ciertos casos, estas no están bien definidas, no tienen un destino claro, y/o carecen de sentido para la organización; es decir, no aportan ningún valor. A continuación se verá la importancia de cada una de ellas y el rol fundamental que se cumplen si es que están lógicamente delineadas (D'Alessio, 2015).

2.2. Visión

En el año 2027, el primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín será reconocida en la macro región centro del Perú por prestar servicios de calidad en promoción de salud y prevención de enfermedades.

2.3. Misión

Ofrecemos servicios de promoción de salud y prevención de enfermedades en los puestos y centros del primer nivel de atención pública de la región Junín, con atención médica accesible y oportuna, disponibilidad óptima de medicamentos, infraestructura adecuada y saneada, equipamiento médico operativo, unidades asistenciales mínimas requeridas y uso eficiente del gasto público.

2.4. Valores

- Respeto: A las políticas, privacidad, libertad de expresión, y al trato justo de pacientes y profesionales del sector.
- Transparencia de la información: Asegurar la transmisión y transparencia de la información de manera directa, oportuna y sencilla al paciente, evitando la suspicacia y comentarios que dañen al sector.
- Vocación de Servicio: Los profesionales de la salud otorgan un servicio oportuno y de calidad a los pacientes, en la promoción de salud y prevención de enfermedades.
- Integridad: Los profesionales del sector no aprovechan la situación de un paciente para sacar beneficio de ello, pues otorgan la atención accesible, oportuna y no oportunista para obtener beneficios económicos por parte de los pacientes.
- Excelencia: Buscar la productividad en cada proceso de atención preventiva al paciente, con el uso razonable de los recursos y abastecimiento eficiente y oportuno de medicamentos.
- Coordinación: Las redes y centros de salud se encuentran coordinadas e integradas para la referencia y transferencia de pacientes, con la información actualizada, oportuna y en línea.
- Innovación: Los profesionales del sector salud promueven el desarrollo continuo de los procesos de atención al paciente, con actividades innovadoras que aporten valor a la cultura de prevención.

2.5. Código de Ética

- Se brinda un servicio igualitario a toda la población, a través de la equidad, justicia y transparencia en los procesos de atención de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención.

- Se promueve la intervención de la población para la administración y organización de los centros de salud, a fin de elaborar programas adaptadas a la necesidad de la población.
- Se actúa con probidad, honradez e integridad respetando los derechos y beneficios de los pacientes.
- Se promueve el derecho al acceso universal a un seguro de salud para la población de Junín, promoviendo la salud y atención preventiva de enfermedades.
- Se promueve el desarrollo profesional y humano de nuestros trabajadores otorgándoles un entorno adecuado para el trabajo, líneas de carrera y desarrollo profesional que les permita obtener beneficios para la estabilidad de sus familias.
- Se asegura la transparencia en la información de los medicamentos y productos preventivos para enfermedades, a través de la difusión correcta, oportuna y adecuada a la población sobre las advertencias de los medicamentos.
- Se promueve el cuidado del medio ambiente en cada establecimiento de salud, con el reciclaje de materiales reusables, ahorro de energía y agua potable, clasificación de la basura y conservación de áreas verdes.

2.6. Conclusiones

Son cuatro indicadores de gestión que influyen en la competitividad y calidad de los servicios otorgados por los establecimientos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín, los cuales son (a) gestión de servicio, (b) gestión de medicamentos, (c) infraestructura y (d) equipos, por lo que en un horizonte de tiempo contados desde el 2017 al 2027 van a operar en su nivel óptimo para dar un servicio de salud con calidad siendo percibida así por la población, con una visión compartida. La misión está orientada al beneficio que trae este nivel de salud a la población. Se han propuesto valores organizacionales como criterios que van a normar el comportamiento del recurso humano que

son (a) respeto, (b) transparencia de la información, (c) vocación de servicio, (d) integridad, (e) excelencia y (f) coordinación e innovación, sumado al código de ética en los que se establece las acciones correctas que debe normar el desempeño del personal administrativo y asistencial del primer nivel de atención del sector salud de la región Junín



Capítulo III: Evaluación Externa

3.1. Análisis Tridimensional de las Naciones

El análisis del entorno comienza por evaluar lo que pasa en el mundo, los continentes, los países, las regiones, los Estados, los sectores, las corporaciones, las unidades de negocio, funciones y procesos; esto con el fin de orientar hacia el futuro con éxito y desplegar el pensamiento cortoplacista (D' Alessio, 2015).

De acuerdo a la ubicación en el globo terraqueo, el Perú se encuentra ubicado en el Hemisferio Sur, donde se encuentra relativamente poco poblado (10% de la población mundial), por su masa helada deshabitada y baja densidad poblacional (11%) (D' Alessio, 2015). En el hemisferio Sur se encuentra el océano Pacífico que es el doble del Atlántico, y esta, a su vez, el doble del Índico, aspecto fundamental en distancias y tiempos entre puertos de otros países del hemisferio norte; pero con grandes oportunidades para los negocios futuros de los países que la circundan. De acuerdo a los cuadrantes de la cuenca del Pacífico, el Perú se encuentra ubicado en el cuadrante suroriental, donde existen tres países importante: Ecuador, Perú y Chile, y en él está la región andina. En este cuadrante, el Perú tiene la posición más expectante y la posibilidad de ser la puerta del hemisferio sur a la cuenca del Pacífico, considerada por muchos como la solución para una serie de problemas de los países latinoamericanos. Tres países de este cuadrante integran la Alianza del Pacífico (Colombia, Chile y Perú), junto con México, que se encuentra en el cuadrante nororiental (D' Alessio, 2015).

Actualmente el Perú forma parte de la comunidad de países unidos voluntariamente con el objetivo de alcanzar un desarrollo integral, equilibrado y autónomo mediante la integración andina, sudamericana y latinoamericana, denominado: Comunidad Andina de Naciones (CAN), con países miembros como: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú; países asociados como: Chile, Argentina, Brasil, Paraguay, y Uruguay; y como país observador a

España. También existe un proceso de integración regional denominado El Mercado Común del Sur (MERCOSUR) que está constituido por Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela y Bolivia, y teniendo al Perú como país asociado. Asimismo también forma parte de una de las 21 economías para la cooperación económica y técnica, así como para la facilitación de negocios, liberalización de comercio e inversiones en el Foro de Cooperación Económica Asia – Pacífico. Finalmente pertenece a la Alianza del Pacífico, con el fin de lograr una integración profunda y lograr un libre circulación de bienes, servicios, capitales y personas; e impulsar un mayor crecimiento, desarrollo y competitividad de las economías que la integran. Entonces, a partir de este enfoque del entorno lejano, es importante analizar la relaciones bilaterales que tiene el Perú con otras naciones, para centrarlas en tres dimensiones: intereses nacionales, los factores del potencial nacional, y los principios cardinales (D'Alessio, 2015).

3.1.1. Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Los intereses nacionales son los que busca un Estado para conseguir algo o protegerse frente a los demás Estados, según Hartmann, (como se citó en D'Alessio, 2015). En el Perú, los intereses nacionales están enmarcadas por las 31 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, con el fin de alcanzar el bienestar de la persona, desarrollo humano y solidario en el país. Las políticas están dirigidas a alcanzar cuatro objetivos: Democracia y Estado de Derecho, Equidad y Justicia Social, Competitividad del País, Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado. Asimismo, existen algunas compromisos relacionados con la salud enmarcados en los siguientes términos: Política exterior para la paz, la democracia, el desarrollo y la integración; Políticas de Seguridad Nacional; Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social de forma gratuita, continua, oportuna y de calidad; Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición; Desarrollo sostenible y gestión ambiental para integrar con las políticas económicas, sociales, culturales y de

ordenamiento territorial; Gestión ambiental, para proteger la diversidad biológica, facilitar el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales y asegurar la protección ambiental; y eliminación del Terrorismo y afirmación de la Reconciliación Nacional (Acuerdo Nacional, 2014). Cabe resaltar que el Perú tiene acuerdos bilaterales con distintos países con el fin de cumplir los compromisos del Acuerdo Nacional relacionados con la salud (ver Tabla 9).

Tabla 9

Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Intereses Nacionales	Intensidad del interés			
	Supervivencia (Crítico)	Vital (Peligroso)	Importante (Serio)	Periférico (Molesto)
1. Crecimiento económico sostenible del país. ^a		(Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, México, Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela)* (EEUU)**		
2. Seguridad nacional		Chile**		
3. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social		(Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, México, Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela, EEUU)*		
4. Promoción de la seguridad alimentaria y nutrición		(Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, México, Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela)*	(EEUU, China)**	
5. Desarrollo sostenible y gestión ambiental		(Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, México, Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela)*	(EEUU, China)**	
6. Eliminación del terrorismo y afirmación de la reconciliación nacional		(Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, México, Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay)* (Venezuela)**		

Nota: * Comunes / ** Opuestos. Tomado de "Políticas de Estado", por Acuerdo Nacional, 2014 (<http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/politicas-de-estado-castellano/>).

^a Los datos son referenciales a países que pertenecen al continente americano, el Perú tiene Tratados de Libre Comercio con los países como: Chile y México, pertenece a la Comunidad Andina de Naciones (CAN) con países miembros como: Bolivia, Colombia, Ecuador; también está asociado a la integración regional denominado el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) constituido por países como: Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela y Bolivia. Estado Unidos (EEUU) está enfrentando diversos cambios políticos con el actual presidente Donal Trump, que afectan a la comercialización de productos terminados a los EEUU, el proceso de la eliminación de la Visa estadounidense y el incremento de las tasas Fed.

3.1.2. Potencial nacional

Los factores que se analizan en el potencial nacional son las fortalezas y debilidades del país. Para ello, es necesario analizar los siete dominios: demográfico, geográfico, económico, tecnológico, histórico, organizacional, y militar (D'Alessio, 2015). A continuación, el detalle de cada una.

Demográfico. De acuerdo con el último Censo Nacional: XI de Población y VI de Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2007) la población del Perú ascendió a 27'412,157 habitantes, para el año 2017, la población estimada del Perú asciende a 31'826,018 (INEI, 2017a). Esta variación de la población trae consigo una transición poblacional por edad y género por el incremento poblacional. De acuerdo a la distribución de hogares según los niveles socio económicos realizado por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [APEIM] (2016) de los 8'510,537 hogares (urbanos y rurales) de la población peruana, el 38.7% pertenecen a los niveles socio económicos A, B y C, el 61.3% a los niveles D y E, y el 21.77% de la población total al año 2015 se encuentra en pobreza INEI (2016a).

Geográfico. El Perú es el tercer país más grande de Sudamérica por sus 1'285,215.60 km² de superficie territorial (INEI, 2015a). Es el decimonoveno país más extenso del mundo y está entre las 10 naciones de mayor diversidad en el mundo (Sabogal, 2014). Los cinco departamentos con más extensión territorial que abarcan el 55% de la superficie total del país son: Cusco, Loreto, Madre de Dios, Puno y Ucayali. Los tres departamentos más extensos del Perú se ubican en la región Selva, que, por lo inhóspito de su territorio, hay una escasa concentración poblacional, mientras que en el departamento como Lima, cada ciudadano tiene aproximadamente 144 m² de territorio para vivir (INEI, 2015a). Por lo que existe una concentración de la población en la costa peruana.

Tecnológico. La investigación científica, el desarrollo tecnológico y la innovación

son actividades fundamentales para el desarrollo social y económico de los países (Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC] (2014). Para el año 2013, el Perú sólo invirtió, el 0.15% de su PBI en ciencia, tecnología e innovación, encontrándose por debajo del promedio latinoamericano (Sociedad de Comercio Exterior del Perú [COMEXPERU], 2013). Para el año 2016, el Perú ocupó el puesto 88 en tecnología e innovación de las 138 economías más importantes del mundo, siendo uno de los países con menor aporte en tecnología e información (World Economic Forum [WEF], 2017).

Económico. De acuerdo al Global Competitiveness Report World Economic Forum 2017), el Perú ocupa el puesto 67 de las 138 economías más importantes del mundo, haciendo de ella un país con un desarrollo económico estable. En el período 2004 - 2014 el Producto Bruto Interno (PBI) creció a una tasa promedio de 6%, alcanzando en el año 2016 un valor superior a \$ 200,000 millones (ProInversión, 2016). Según la guía de negocios e inversión en el Perú del Ministerio de Relaciones Exteriores Perú (2016) (quien citó al Fondo Monetario Internacional) el Perú es una "estrella en ascenso", el cual forma parte de los mercados emergentes, que cuenta con una economía sólida y una baja inflación.

Histórico/Sociológico/Psicológico. El antiguo Perú fue sede de varias civilizaciones andinas prominentes y diversas, fue conquistado por los españoles en el año 1533 y marcó su independencia en el año 1821. Después de una docena de años de gobierno militar, Perú regresó al liderazgo democrático en 1980. Actualmente Pedro Pablo Kuczynski es el presidente del Perú. Los conflictos sociales siempre estuvieron acompañadas con el crecimiento económico y sociológico, para el año 2013, la Unidad de Inteligencia de The Economist (2013) consideró al Perú como un país con riesgo medio frente a los 150 países del mundo.

Organizacional/administrativo. Políticamente, el Perú está organizado como una república democrática, con un sistema político multipartidista estructurado bajo los

principios de separación de poderes y descentralización. Cuenta con tres poderes del Estado: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. El poder Ejecutivo y Legislativo es elegida cada cinco años por elecciones nacionales, donde se elige al Presidente del Perú, Congreso del Perú y Parlamento Andino. El Presidente del Perú tiene la facultad de elegir a sus Ministros por sector económico, firmar acuerdo bilaterales con otros países y organismos internacional, así como de representar al Perú en el extranjero; el Congreso del Perú que tiene como funciones principales la representación de la nación, la dación de leyes, la permanente fiscalización y control político, orientados al desarrollo económico, político y social del país, así como la eventual reforma de la Constitución y otras funciones especiales (Congreso de la República, 2017).

En el aspecto administrativo, la estructura organizacional y funcional de los gobiernos nacionales, regionales del Perú, presentan una similitud en cuanto a la burocracia para el trámite y obtención de recursos, pues se respaldan de una serie de circulares y procedimientos complejos para el trámite y atención de requerimientos.

Militar. En el Perú, el Comando Conjunto de las FFAA, el Ejército del Perú, la Marina de Guerra del Perú y la Fuerza Aérea del Perú, componen las Fuerzas Armadas, cuya misión es garantizar la independencia, soberanía e integridad territorial de la República, asimismo de apoyar al fortalecimiento de la defensa del Perú frente a factores sociales de todos los ámbitos (Ministerio de Defensa, 2017a).

3.1.3. Principios cardinales

Los principios cardinales indican el comportamiento observado en el sistema del Estado, estos principios son: la influencia de terceras personas, lazos pasados y presentes, contrabalance de intereses y conservación de los enemigos (D'Alessio, 2015) (ver Figura 14).

Influencia de terceras personas. El Organismo Mundial de Salud (OMS) es el



Figura 14. Teoría tridimensional de las relaciones entre países.
Tomado de *El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia* (3ª ed., p.96), por F. A. D'Alessio, 2015, Lima, Perú: Pearson.

principal influyente internacional salud. Los principales cooperantes bilaterales en salud son Estados Unidos, la Unión Europea, España, Italia, Canadá y Bélgica; la cooperación multilateral lo constituyen las Agencias de Naciones Unidas (Organismo Mundial de la Salud, 2014) . La Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) que programa, organiza, prioriza y supervisa la cooperación internacional no reembolsable. El Organismo Panamericano de Salud que brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en el Perú.

Lazos pasados y presentes. En la década de los 70, la Organización de Naciones Unidas (ONU) planteó que los países desarrollados debían dedicar por lo menos el 0.7% de

su PBI a la Asistencia o Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). La Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) recibida por Perú en el año 2009 totalizó USD 648 millones (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OECD], 2012). El 79% de la ayuda de la AOD fue aportada por cinco países donantes o cooperantes, entre ellos se encuentra: Estados Unidos 18%, Japón 18%, España 16%, Alemania 16% y Unión Europea con 11% (OECD, 2012).

Para el presente, el Perú tiene cooperaciones bilaterales con otros países del mundo y organismos internacionales, la Agencia Peruana de Cooperación Internacional [APCI] (2016). Indicó que el Perú tiene cooperación bilateral con los siguientes países: Europa (Alemania, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Italia, Reino Unido, República Checa, Suiza); América (Canadá y Estados Unidos de América); y Asia, África y Oceanía (Australia, China, Corea del Sur, Israel, Japón). Asimismo se tiene relaciones multilaterales y de fondos con: El Sistema de Naciones Unidas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organización Internacional para las Migraciones, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, Organización Panamericana de la Salud - OPS y Organización Mundial de la Salud – OMS); la Unión Europea y la Banca de Desarrollo (Banco Interamericano de Desarrollo – BID, Banco Mundial – BM). Y finalmente forma parte de la Cooperación Sur – Sur con Argentina, Chile e Indonesia.

Contrabalance de intereses. La Cooperación Sur-Sur (CSS) es una modalidad de cooperación que posibilita el intercambio de conocimientos y el desarrollo de capacidades entre países en desarrollo o del llamado “Sur global”, en donde prima el intercambio de conocimientos por encima del financiero. El Perú, tiene potencial como receptor de la

Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID) y también es oferente de asistencia técnica. En este sentido brinda cooperación a países latinoamericanos en áreas donde se cuenta con ventajas comparativas y competitivas, así como con experiencia de desarrollo exitosa y niveles de excelencia, dentro de ello se encuentran países como: Brasil, Colombia, México, Costa Rica, Guatemala, Honduras, El Salvador, Paraguay, República Dominicana y otras regiones (Agencia Peruana de Cooperación Internacional, 2016).

Conservación de los enemigos. A pesar de las discrepancias entre Perú y Chile por asuntos limítrofes, las inversiones chilenas en el Perú son de gran importancia, pues de acuerdo con un estudio de PwC, las empresas chilenas son las más interesadas en invertir en el Perú. El capital chileno en el Perú suma US\$ 16,000 millones, principalmente en sectores retail, energía e industria, y el del Perú en Chile asciende a US\$ 10,000 millones (“Inversiones chilenas en el Perú,” 2015). Es importante señalar que Chile ocupa el puesto 33 de The Global Competitiveness Index (2016–2017) mientras que el Perú ocupa el puesto 67. Asimismo, es necesario tener como referencia que Chile es el país que destaca más en innovación, desarrollo en la región y es el segundo país de Latinoamérica que gasta más en salud pública (Organismo Mundial de la Salud [OMS], 2013). Por lo que se demuestra la necesidad de la conservación del enemigo, lo cual impulsan al Perú a mejorar continuamente para mejorar su competitividad.

3.1.4. Influencia del análisis en el sector salud

El sector de salud en el Perú es uno de los más importantes para el desarrollo económico, social y demográfico del país, pero también el más crítico por su bajo gasto en la misma. El Perú se encuentra ubicado estratégicamente para el comercio internacional entre los países del Pacífico y América, asimismo, ofrece un escenario para las inversiones extranjeras con el fin de promover la empleabilidad de la población, trayendo consigo, el financiamiento de un seguro de salud con el aporte directo o indirecto de la población.

Aunque exista diversos intereses nacionales entre el Perú y los países con los que tiene algún tipo de relación, todos los países del mundo se encuentran enfocadas en alcanzar el acceso universal y solidaria de la salud, pues se tiene entendido de que sin salud no hay desarrollo social y económico de la población.

La población peruana está en aumento, esto indica que, los recién nacido y personas longevas están en aumento, por lo que la población joven y madura se encargará de soportar el financiamiento de la salud de toda la población peruana. Los avances tecnológicos y la innovación no están siendo de lo más benéfico para la población, pues existe una baja promoción de la ciencia e investigación en el sector salud. Aunque la estructura organizacional del gobierno sea funcional y democrática, los altos niveles de burocracia afectan a los trámites para la solicitud de recursos por parte de cualquier sector. La influencia de entidades y organizaciones nacionales e internacionales son las causales de que la cobertura en salud haya aumentado en estos últimos años, pero éste ha crecido de forma descontrolada, desordenada y descoordinada, generando saturación en sus distintos niveles de atención.

3.2. Análisis Competitivo del País

El análisis competitivo del país permite identificar las ventajas competitivas que tiene el país en comparación con otras naciones respecto al sector. Cabe resaltar que para que sea una ventaja competitiva, el país debe hacer cosas para conseguir eficiencia operativa, buscando productividad en la utilización de los factores, radicando en la calidad, innovación (formas de comercialización, posicionamiento de productos y prestación de servicios) y la tecnología. El costo de factores como la mano de obra, materias primas, capital o infraestructura, no confieren una ventaja competitiva, sino una ventaja comparativa con otras naciones (Porter, 2009). Una herramienta que apoya al desarrollo del análisis competitivo del país es el Diamante Competitivo de Porter (ver Figura 15).

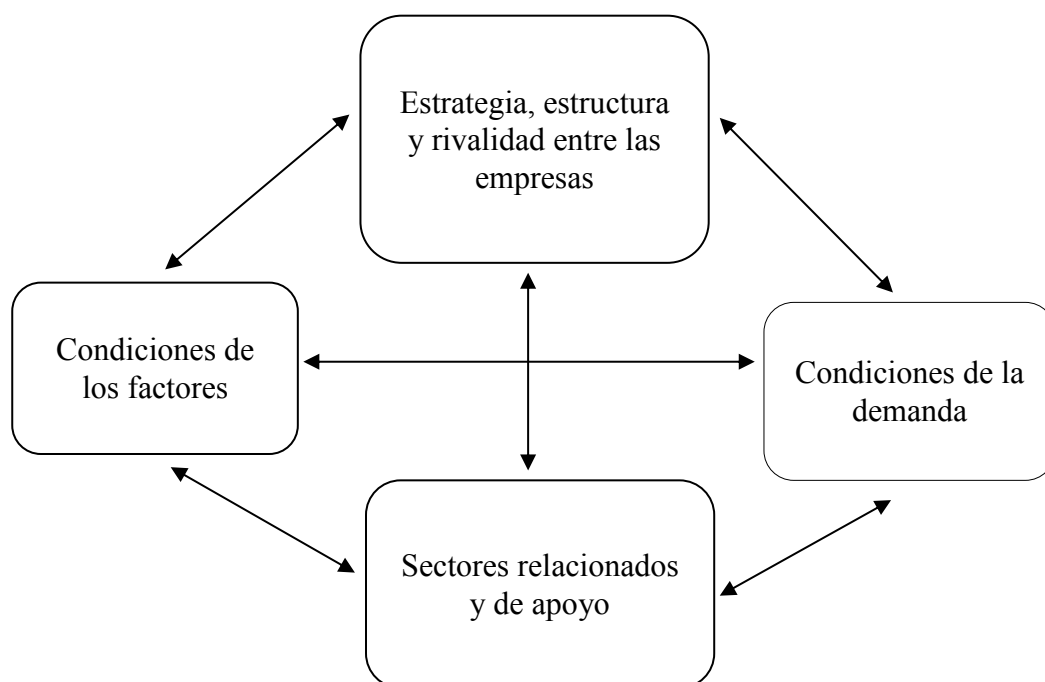


Figura 15. Los determinantes de la ventaja nacional: Competitividad de las naciones-modelo del diamante.

Tomado de *Ser Competitivo*, (8va ed.), por M. E. Porter, 2009, p. 232, Barcelona, España: Deusto.

3.2.1. Condiciones de los factores

El Perú es el tercer país más grande de Sudamérica con 1'285,215.60 km² de superficie terrestre, es el decimonoveno país más extenso del mundo (INEI, 2015a) y está entre las 10 naciones de mayor diversidad en el mundo (Sabogal, 2014). De acuerdo a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE] (2016) el Perú cuenta con climas tropicales y subtropicales; asimismo tiene microclimas que son afectadas por la presencia de la corriente de Humboldt, la cordillera de los Andes y el río Amazonas. Tiene la zona costera donde prevalece el clima árido, en el caso de la sierra, presenta un clima variado debido a los distintos pisos altitudinales y las temperaturas mínimas en la altura de los Andes.

El clima de la Amazonía es cálido, húmedo y con abundantes precipitaciones.

Asimismo, el Perú está considerado como uno de los 17 países megadiversos del mundo, pues en ella se pueden encontrar más de 20,375 especies de flora; 523 de mamíferos; 1,847 de aves; 446 de reptiles y 1,070 de peces marinos. Además, de que en ella se encuentran presentes 84 de las 117 zonas de vida del planeta. El Perú está organizado como una república democrática, y con un sistema político multipartidista estructurado bajo los principios de separación de poderes y descentralización. La economía peruana es la séptima en tamaño de América Latina y el Caribe, su alto dinamismo la ubica como la segunda de mayor crecimiento en la región, pues su Producto Bruto Interno (PBI) creció a un ritmo del 6.4% anual entre 2003 y 2013 (OCDE, 2016).

La población peruana está pasando por una transición poblacional por edad y género, donde la población envejece más, la tasa de natalidad aumenta y la población femenina se incrementa más que la masculina. De los 8'510,537 hogares (urbanos y rurales) de la población peruana, el 38.7% pertenecen a los niveles socio económicos A, B, C; y 61.3% a los niveles D y E. El 21,77% de la población del país se encuentra en una situación de pobreza (INEI, 2016a). En el 2013, el Perú sólo invirtió el 0.15% de su PBI en ciencia, tecnología e innovación, encontrándose por debajo del promedio latinoamericano (Perú invierte sólo el 0.15% de su PBI en ciencia y tecnología, mientras que Chile destina el 0.5%, 2014). Para el año 2016, el Perú ocupa el puesto 88 en tecnología e innovación de las 138 economías más importantes del mundo (WEF, 2017) . El Perú es un país con alto rango de corrupción y con un escenario de riesgo medio de conflicto sociales de los 150 países del mundo (The Economist, 2013).

3.2.2. Condiciones de la demanda

La población peruana demanda: la paz entre países; democracia, desarrollo económico; distribución de la riqueza de manera equitativa e integrada; seguridad nacional, independencia y soberanía; acceso universal de los servicios de salud y a la seguridad social;

seguridad alimentaria y de nutrición: desarrollo sostenible y gestión ambiental; protección ambiental del territorio peruano; eliminación total del terrorismo y un país sin corrupción (Acuerdo Nacional, 2014).

3.2.3. Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas

En latinoamérica, según el ranking de competitividad de la World Economic Forum Evolución, la competencia directa del Perú es Uruguay en: competitividad, tecnología, educación y educación primaria. Chile en: infraestructura, macroeconomía, enseñanza superior, entrenamiento, mercado financiero, negocios sofisticados, innovación, bienes y eficiencia. Y Brasil en: tamaño de mercado (WEF, 2017).

3.2.4. Sectores relacionados y de apoyo

Está compuesto por: La Comunidad Andina de Naciones (CAN) con países miembros como: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú; y países asociados como: Chile, Argentina, Brasil, Paraguay, y Uruguay; y como país observador a España. El Mercado Común del Sur (MERCOSUR) que está constituido por Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela y Bolivia. Perú se encuentra como país asociado. Foro de Cooperación Económica Asia – Pacífico, donde se incluyen las 21 economías para la cooperación económica y técnica; facilitación de negocios, liberalización de comercio e inversiones. Alianza del Pacífico con el fin de una integración profunda para avanzar con la libre circulación de bienes, servicios, capitales y personas; e impulsar un mayor crecimiento, desarrollo y competitividad de las economías. Tratados de libre comercio con: Honduras, Chile, México, Canadá, Singapur, China, Asociación Europea de Libre Comercio (EFTA), Panamá, Japón, Corea y Costa Rica. Acuerdos de complementación con Cuba. Acuerdo comercial con la Unión Europea. Promoción comercial con EEUU. Protocolo de liberación de comercio con Tailandia y Acuerdo de Alcance Parcial de Naturaleza Comercial con Venezuela.

3.2.5. Influencia del análisis en el sector salud

Todas las variables relacionadas con el diamante de Porter, muestra la capacidad actual que tiene la nación para competir con las demás naciones, y tal como se observó en el análisis anterior, el Perú aún no es competitivo, pese a tener un crecimiento económico en los últimos años que no se ha mostrado equitativo para toda la población. Es también importante señalar que la población peruana, no exige sus derecho al acceso universal a la salud, y que por ser una sistema burocrático, los proveedores no suelen ser eficientes. El Perú tiene buenas relaciones con países que tienen los mismos intereses nacionales, creando un escenario de integración entre ellos que favorecen al sector salud.

3.3. Análisis del Entorno PESTE

El PESTE es un análisis exhaustivo que cubre todos los aspectos que influyen en la organización, los cuales son: político, económico, social, tecnológico y ecológico. Del cuidadoso análisis que se desarrolle y siendo complemento de los dos análisis previos, se llegará a las oportunidades que la favorecen y las amenazas que afectan a la organización. El estudio de las fuerzas externas de la industria es de vital importancia ya que:

La evaluación externa denominada también auditoria externa de la gestión estratégica está enfocada hacia la exploración del entorno y el análisis de la industria. Este procedimiento busca identificar las tendencias y eventos que están más allá del control inmediato de la firma. La evaluación externa revela las oportunidades y amenaza clave, así como la situación de los competidores en el sector. (D'Alessio, 2015, p. 111)

3.3.1. Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P)

Para D'Alessio (2015), son las fuerzas que determinan las reglas, tanto formales como informales bajo las cuales debe operar la organización, en muchos casos constituyen

las variables más importantes de la evaluación externa en función del grado de influencia que tiene sobre las actividades del negocio, sus proveedores y de sus compradores.

La salud en el Perú se regula por la Ley General de Salud 26842, donde se describen los deberes, restricciones y reponsabilidades en consideración a la salud de terceros. En su contenido se detalla los deberes de los ejercicios de la profesión médica y afines, de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, de los productos farmacéuticos y galénicos, de los alimentos, bebidas y productos de higiene personal, de la protección del medio ambiente, del fin de la vida, de la información de salud, de las medidas de seguridad, infracciones y sanciones.

Según la Constitución Política del Perú (1993), el artículo N° 9 detalla que “El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación y es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”; y esto lo realiza a través de su Ministerio de Salud [MINSA] creado con la Ley 8124 “Ley de Creación del Ministerio Salud”.

De acuerdo al reglamento de organización y funciones, el MINSA es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, para lo cual nombran a Órganos Desconcentrados dependientes del Ministerio de Salud constituidos por las Direcciones de Salud, Institutos Nacionales y Direcciones Especializadas.

El Seguro Integral de Salud (SIS) es un Organismo Público Descentralizado de derecho público interno con autonomía económica y administrativa, encargada de proponer

políticas, normar, promover, programar, ejecutar y evaluar las actividades propias de su naturaleza administrativa. Es una administradora de fondos de aseguramiento en Salud IAFAS que depende del Ministerio de Salud y recibe la orientación, supervisión y evaluación de sus actividades y procesos del Viceministro de Salud. Su sede principal se ubica en la ciudad de Lima y desarrolla sus actividades en todo el territorio nacional a través de sus órganos desconcentrados. Las funciones del SIS son: (a) construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbimortalidad, (b) promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza, (c) implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento universal en la población. La forma como el SIS otorga el acceso universal a la salud pública es con el financiamiento a los gobiernos regionales a través de sus unidades ejecutoras quienes tienen el control de los centros y puestos de salud donde se otorga las prestaciones de servicios. Los centros y puestos de salud son los proveedores del SIS para la prestación de servicios de salud pública a la población más vulnerable y pobre.

La Dirección Regional de la Salud (DIRESA – Junín) es el órgano desconcentrado dependientes del Ministerio de Salud, que tiene funciones como: (a) Implementar la misión, visión, política, objetivos y normas sectoriales, en su jurisdicción, (b) brindar, en forma eficaz y oportuna, la asistencia, apoyo técnico y administrativo a la gestión de las Direcciones de Red de Salud y de los Hospitales bajo su dependencia y jurisdicción (c) mantener informadas a las entidades públicas y organizaciones en general, que desarrollen actividades afines para el sector salud sobre los dispositivos legales para la salud, evaluando su cumplimiento. Cabe resaltar que los directivos y funcionarios de la DIRESA Junín cambian cada cuatro años por las elecciones regionales y municipales en la región, por lo

que están facultados de elegir a sus directores y funcionarios que estarán a cargo de la gestión y manejo de recursos de la dirección por el periodo que le corresponda.

Por fragmentación institucional, el MINSA otorga a los gobiernos regionales la potestad para la gestión pública de la salud en cada región del Perú, ya que según la Ley 27867 Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, se establece que la misión de ellos es organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la región. Cada gobierno regional tiene autonomía económica y administrativa, destinándose anualmente un presupuesto para cada región de acuerdo al pliego presupuestario del año fiscal.

La DIRESA Junín tienen a su cargo, “como órgano desconcentrado, a los hospitales que brindan atención de salud de mediana y baja complejidad y como unidades orgánicas de línea a las micro redes de salud de su jurisdicción, que están a cargo de mejorar continuamente el desarrollo físico, mental y social de toda la población en su ámbito geográfico, lograr que la persona, familia y comunidad cree entornos saludables, desarrollar una cultura de salud basada en la familia como unidad básica de salud y brindar la atención de salud, en centros poblados y en los establecimientos asignados, denominados Centros y Puestos de Salud” Ley 27657.

Existe un total de nueve redes de salud en la región Junín, cada una es una unidad ejecutora responsable directo de los ingresos y egresos que administra con el presupuesto asignado por el MEF, por lo que se rigen a los procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería (MEF, 2017b). Cada red de salud de la región Junín vela por el aprovisionamiento de recursos, equipamiento e infraestructura de los centros y puestos de salud de su jurisdicción. Los establecimientos de salud se encuentran clasificados según la norma técnica de salud N°021-MINSA (ver Tabla 10), donde se promulga una categorización con

el fin de mejorar el desempeño del sistema en respuesta a las necesidades de salud de la población.

Tabla 10

Categorización de los Establecimientos de Salud en el Perú

		Categoría I - 1
		Categoría I - 2
Primer nivel de atención		Categoría I - 3
		Categoría I - 4
		Categoría II - 1
Segundo nivel de atención	Establecimientos de salud de Atención General	Categoría II - 2
	Establecimientos de Salud de Atención Especializada	Categoría II - E
	Establecimiento de salud de Atención General	Categoría III - 1
Tercer nivel de atención		Categoría III - E
	Establecimiento de salud de Atención Especializada	Categoría III - 2

Nota. Tomado de *Resolución Ministerial N° 546 -2011/MINSA NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03 Norma Técnica de Salud – Categorías de Establecimientos del sector salud*, por el Ministerio de Salud, 2011.

La vigencia de la categorización de un establecimiento de salud es de tres años, al término de éste, la máxima autoridad del establecimiento debe solicitar su categorización. Para efectos de este estudio, el enfoque estará guiado en el primer nivel de atención, ya que, según la Norma Técnica N° 021 - MINSA/dgsp-v.03, este el nivel debería de atender al 70-80% de la población peruana, con el fin de prevenir enfermedades con actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuente, pues con ello se disminuiría las atenciones asistenciales y ambulatorias en los siguientes niveles de atención.

El primer nivel de atención se clasifica en cuatro tipos divididos de acuerdo a su capacidad resolutoria (ver Tabla 11). A partir de la categoría I-2, existe la atención médica integral ambulatoria, por lo que se requiere como recurso humano mínimo a un médico cirujano o médico familiar acompañado de un enfermero y obstetra para atenciones perinatales y neonatal.

Tabla 11

Categorías del Primer Nivel de Atención, con Personal a Cargo y Función

Personal de salud	Función
Puesto de Salud del Tipo I-1	
Técnico de enfermería, o Licenciado en enfermería, o Licenciado en obstetricia.	Atención integral ambulatoria intramural y extramural, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana.
Puesto de Salud del Tipo I-2	
Médico cirujano. Licenciado en enfermería. Licenciado en obstetricia. Técnico de enfermería.	Atención médica integral ambulatoria con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana.
Puesto de Salud del Tipo I-3	
Médico cirujano o médico familiar. Odontólogo. Lic. en enfermería. Lic. en obstetricia. Técnico de laboratorio, farmacia	Atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes. Es el centro de referencia de los Puestos de Salud categoría I-1 ó I-2.
Puesto de Salud del Tipo I-4	
Médico cirujano o médico familiar. Médicos Gineco-Obstetra y Pediatra Odontólogo. Licenciado en enfermería. Licenciado en obstetricia. Técnico de laboratorio, farmacia Técnico de enfermería. Técnico de estadística. Técnico administrativo.	Atención médica integral ambulatoria y con internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área Materno-Perinatal e infantil, con acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud de complejidad inmediata superior a la categoría I-3.

Nota. Tomado de Resolución Ministerial N° 546 -2011/MINSA NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03
Norma Técnica de Salud – Categorías de Establecimientos del sector salud, por el Ministerio de Salud, 2011.

Asimismo, existe una clasificación de institutos y hospitales del Ministerio de Salud MINSA y los Gobiernos Regionales GORE así como la distribución en cantidad de establecimientos en cada nivel de atención, donde se encuentra a un mayor número de establecimientos en el primer nivel de atención con 6,987 puestos (ver Figura 16) y centros de salud no estratégicos con categoría I-1 y I-4.

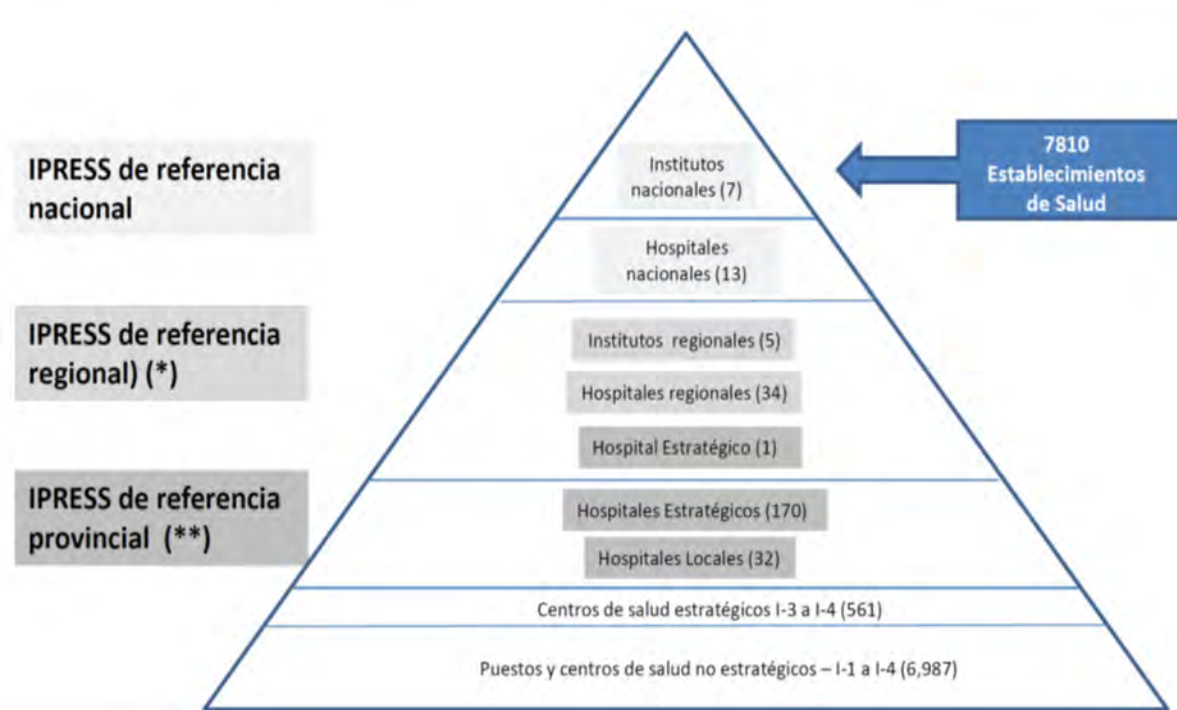


Figura 16. Pirámide de distribución de establecimientos de salud del MINSA y GORE Tomado de “Sustentación del Proyecto de Presupuesto del Año Fiscal 2017 Sector Salud,” por la Ministra de Salud P. García, 2017 (http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/Presupuesto/files/salud_ppto_2017.pdf)

La DIRESA – Junín es la encargada de generar los procesos de contratación del personal salud y recursos de apoyo administrativo mediante el régimen laboral 1057 Contrato Administrativo de Servicios CAS; el régimen laboral 276 con el nombramiento, destacado, contrato 276, SERUMS, residente; régimen 728 y servicio de terceros. Según El Servicio Peruano Civil Peruano [SERVIR] (2012) el Contrato Administrativa Decreto Legislativo 276 ofrece al contratado la posibilidad de desarrollar una carrera laboral en la institución donde labore, mientras que el Régimen de la actividad privada Decreto Legislativo 728 y el Contrato Administrativa de Servicios CAS no ofrece la posibilidad de

realizar línea de carrera, pero sí el vínculo laboral con la institución. Asimismo, existe un Comité de Administración de Fondo de Asistencia y Estimulo (CAFAE), creado por el Decreto supremo N° 006-75-PM-INAP el cual tiene por finalidad entregar incentivos económicos laborales, a los administrativos y profesionales bajo el Contrato Administrativo Decreto Legislativo 276, mientras que el contrato CAS no está afecto a dicho beneficio.

Para el año 2015, el MINSA determinó que el 56% de los profesionales médicos se encuentran nombrados, el 27% mediante el contrato 276 y el 14% se encuentran bajo la modalidad CAS, mientras que 47% de enfermeros se encuentra nombrado y el 39% es CAS, los obstetras muestran un escenario similar (ver Figura 17). Respecto a la oferta de profesionales de la salud, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria [SUNEDU] indicó que para el año 2014 hubo una lista de egresados universitarios de la salud en las siguientes ramas: médicos (2238), enfermeras (3480), odontólogos (818) y obstetras (1060), los cuales, actualmente forman parte del recurso humano que labora en el sector salud.

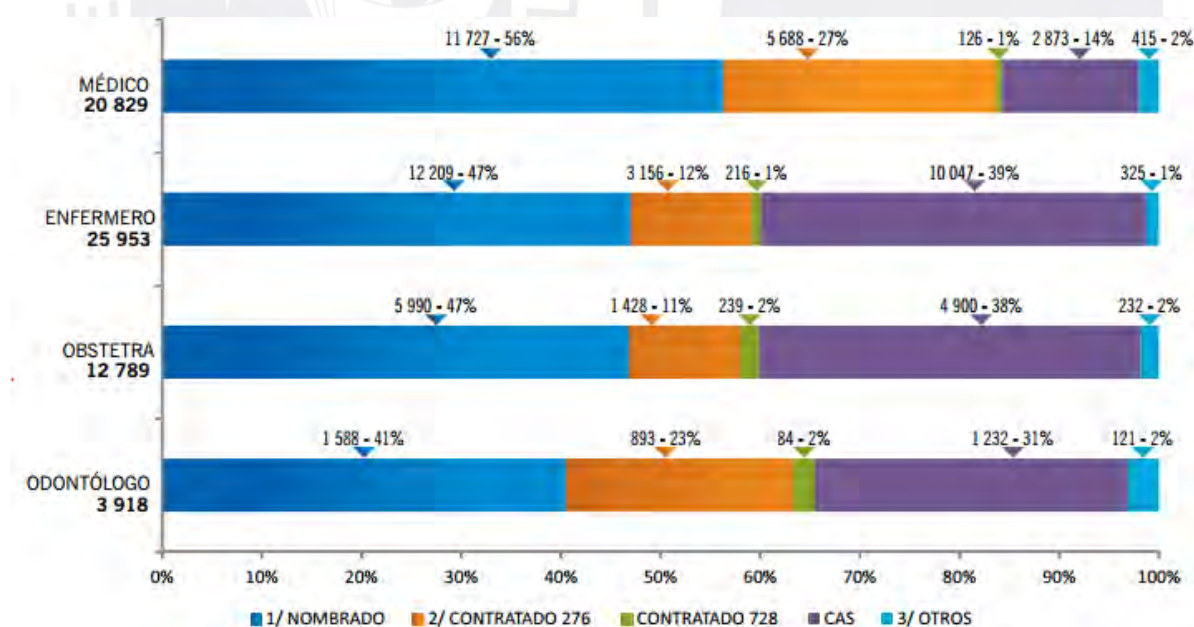


Figura 17. Médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos del MINSA y GORE según condición laboral, Perú 2015.

Tomado de “Información de Recursos Humanos en el Sector Salud,” por la Oficina de Recursos Humanos MINSA, 2015 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3397.pdf>).

Respecto al crecimiento de profesionales asistenciales de la salud, para el año 2014 y 2015, el MINSA y los gobiernos regional no han tenido un crecimiento de profesionales significativo para la demanda la población (ver Tabla 12), asimismo se ha disminuido el número de profesionales administrativos para derivarlos como auxiliares asistenciales y administrativos, que equivale a una mano de obra barata y poco productiva.

Tabla 12

Recurso Humano del MINSA y GORE del Perú, 2013-2015

Recurso Humano	2013		2014		2015
Profesionales Asistenciales	64230		72963		74142
Médico	18724	9.5%	20501	1.6%	20829
Enfermero	22666	13.8%	25803	0.6%	25953
Obstetra	10925	17.2%	12804	-0.1%	12789
Odontólogo	3186	20.8%	3849	1.8%	3918
Biólogo	1420	18.3%	1680	-0.9%	1665
Ingeniero Sanitario	26	3.8%	27	-51.9%	13
Nutricionista	997	15.4%	1151	-1.0%	1140
Psicólogo	1501	15.9%	1739	-4.7%	1658
Químico Farmacéutico	1494	14.9%	1717	-0.1%	1716
Químico	85	16.5%	99	-39.4%	60
Tecnólogo Médico	1631	18.3%	1930	1.5%	1958
Médico Veterinario	249	2.0%	254	-3.1%	246
Trabajadora Social	1326	6.3%	1409	-2.4%	1375
Prof. de salud no especificado	0		0		822
Profesionales Administrativos	5431	19.3%	6481	-14.9%	5514
Técnicos Asistenciales	42361	12.6%	47717	0.7%	48053
Técnicos Administrativos	22751	11.6%	25387	-0.4%	25277
Auxiliares Asistenciales	3546	12.0%	3970	6.4%	4225
Auxiliares Administrativos	11984	7.8%	12920	6.4%	13742
No específica	622	-97.9%	13	-30.8%	9

Nota. Tomado de “Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015,” por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA, 2015 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3444.pdf>).

Respecto a la oferta laboral de profesionales de la salud, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria [SUNEDU] (2016) publica anualmente la

lista de universidades del Perú que ofrecen programas de pregrado para los que no tendrían autorización, y en una de sus publicaciones indicó que tres universidades del Perú no cuentan con la autorización del CONAFU para ofrecer la carrera profesional de Medicina Humana (SUNEDU, 2016) por lo que existe el riesgo que los médicos egresados de estas universidades no estén cumpliendo las especificaciones y la preparación necesaria para ejercer su labor en el campo. Asimismo el entorno crítico de la salud en el Perú ha dado la oportunidad del crecimiento de universidades y de centro de estudios no universitarios para estudiar carreras profesionales relacionadas a la salud.

Respecto a la adquisición de medicamentos, todos los países miembros del Organismo Mundial de la Salud (OMS) pueden adquirir medicamentos y suministros de este organismo internacional a un bajo costo con ciertas restricciones como por ejemplo el pago del transporte de los medicamentos a sus países. La OMS a través del Organismo Panamericano de la Salud [OPS] maneja un fondo estratégico para adquirir medicamentos respaldados con evidencia científica para distribuirlos a los países suscritos y bajos precios, dentro de ellas se encuentra el Perú. A partir de ello, el Perú pueden adquirir más de 150 productos entre ellos, medicamentos para prevenir enfermedades de alta especialidad como el VIH, Tuberculosis, Malaria, así como dispositivos y equipos médicos (OPS, sf).

Respecto al procedimiento para la compra de medicamentos, la compra nacional se efectúa por intermedio del comité especial del MINSA, el cual recibe los requerimientos de los gobiernos regional y hospitales para cumplir con sus objetivos estratégicos, el gobierno nacional realiza la compra nacional para luego ser almacenados y distribuidos a los hospitales y gobiernos regionales. Las compra regionales de medicamentos, es un proceso conducido por la DISA con la finalidad de adquirir medicamentos e insumos médico-quirúrgicos de los centros de salud, puestos de salud, hospitales, farmacias institucionales que no han sido incluidos en la compra nacional. La compra institucional, este es realizado

por los hospitales como unidades ejecutoras y organismos especializados.

La ley de contrataciones del Estado regula los diferentes mecanismos de compra de medicamentos que están permitidos como: licitaciones públicas, subasta inversa, contrataciones directas, determina los actores y procesos necesarios para la compra de medicamentos. El Organismo Supervisión de Contrataciones del Estado [OSCE], encargada de optimizar los procesos realizar la contratación a nivel nacional, el tribunal de contrataciones del Estado, tiene la facultad de resolver las controversias, puede emitir sanciones si es necesario. Perú Compras, que actúa como la central de compras del Estado, y el Servicio Electrónico de Contrataciones del Estado [SEACE], es una herramienta fundamental para verificar los procesos de contratación vigentes.

El Sistema Integrado de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgico (SISMED), se encuentra regulada y controlada por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas [DIGEMID], la SISMED regula los productos específicos y relacionados con la salud. Además, el organismo encargado de la adquisición, almacenamiento y distribución de las compras corporativas es el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud [CENARES], por último la adquisición de medicamentos se puede realizar de manera directa mediante el Petitorio Único de Medicamentos Esenciales [PNUME], este petitorio prioriza una serie de medicamentos y regula su prescripción, dispensación, adquisición y utilización en los diferentes niveles de atención.

De acuerdo al capítulo VII de la Ley 26842 Ley de Salud, se detalla sobre la higiene y la seguridad en los ambientes de trabajo, para lo cual se indica que los organismos relacionados a la salud deben adoptar medidas necesarias para garantizar la promoción y seguridad de los trabajadores y de terceras personas en sus instalaciones o ambientes de trabajo, así como uniformizar acorde con la naturaleza de la actividad que se realiza sin distinción de rango o categoría, edad o sexo. En el capítulo VIII de la misma ley se detalla

sobre la protección del medio ambiente para la salud, que es responsabilidad del Estado, de las personas naturales y jurídicas, por lo que están impedidas de efectuar descargas de desechos o sustancias contaminantes en el agua el aire o el suelo, sin haber adoptado las precauciones de depuración en la forma que señalan las normas sanitarias y de protección del ambiente. La Autoridad de Salud competente, dicta las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las personas, asimismo dicta las medidas de prevención y control que ocasione riesgo o daño a la salud. El abastecimiento de agua, alcantarillado, disposición de excretas, rehuso de aguas servidas y disposición de residuos sólidos quedan sujetos a las disposiciones que dicta la Autoridad de Salud competente, la que vigilará su cumplimiento.

Según las Ley 30518 del presupuesto del sector público para el año fiscal 2017, el presupuesto para el sector salud es de 13,788 mil millones de soles siendo 2.4% mayor al presupuesto del 2016. El presupuesto para los gobiernos regionales es de 4,969 mil millones de soles y de 167 millones de soles para los gobiernos locales. El fin del incremento del presupuesto del sector salud es para la infraestructura de 32 hospitales y 25 centros de salud, el nombramiento a más de 8000 trabajadores del sector, el aseguramiento al sistema integral de salud para ampliar la cobertura, disponibilidad de suministros médicos en los establecimientos de salud más alejados (“Gobierno de PPK nombrará a más de 8,000 trabajadores,” 2016).

Respecto al presupuesto asignado para el Seguro Integral de Salud para el aseguramiento universal a la población pobre y vulnerable del Perú, el presupuesto para el año 2017 disminuyó respecto al año 2016 en 12 millones aproximadamente, es decir que en el año 2016 se asignó un presupuesto de 46'500,845 soles (MEF, 2016b) y para el año 2017 se asignó un presupuesto de 34'940,304 soles (MEF, 2017e). Cabe resaltar que para el año 2015, el presupuesto fue de 35'910,222 soles (MEF, 2015). Es importante señalar que de

acuerdo a la estructura del presupuesto asignado al SIS, el 90% se destina a la salud individual que está relacionada a acciones de recuperación y rehabilitación de las personas, el 3% se asigna a la salud colectiva, 6% se asigna a la gestión y el 1% a planeamiento gubernamental (MEF, 2017b).

Respecto a la corrupción en el Perú que es expresada como las malas prácticas realizadas por entidades públicas, se muestra como uno de los principales problemas críticos, pues la población desconfía de las instituciones, autoridades y de la efectividad de la justicia para la lucha contra la corrupción, asimismo la población está perdiendo la capacidad de indignación ante sucesos de corrupción y la motivación para poner freno y luchar a través de la denuncia. Por causa de la corrupción se pierde anualmente 12,600 millones de soles, los cuales representan el 10% del presupuesto nacional (Defensoría del pueblo, 2017). Esta corrupción causa la violación de los derechos humanos, como por ejemplo, desviar fondos públicos de la compra de medicamentos para beneficio propio y perjudicando a la población.

En materia de anticorrupción, la defensoría del pueblo indica que se puede actuar de tres maneras: (a) atención de quejas presentadas por la población ante la vulneración de sus derechos frente a la actuación irregular de personal con poder público, (b) incidencia en la investigación de políticas públicas que afectan los derechos de un grupo significativo de personas, que lleva como finalidad de estos, (c) promoción de la ética y lucha anticorrupción, a través de difusión de material informativo a los funcionarios y servidores públicos. Se tiene 32,925 casos de corrupción en el Perú, siendo como las regiones con mayor número a Lima con 6205 casos y Junín con 2261 casos de corrupción, las regiones con menores casos son, Huancavelica con 454 y Callao con 415 casos de corrupción. Un caso de corrupción en Cusco con el proyecto “Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud del hospital Antonio Lorena nivel III-1”, en donde ha variado en 66%

del presupuesto inicial del proyecto (Defensoría del Pueblo, 2017).

En cuanto a la política fiscal, el Ministerio de Economía y Finanzas ha presentado en Agosto del 2016 el “Marco Macroeconómico Multianual 2017- 2019” (Ministerio Economía y Finanzas (2016a) aprobado en Consejo de Ministros donde indica que uno de los objetivos de la política fiscal de este gobierno es incrementar los ingresos fiscales permanentes para asegurar el proceso de consolidación fiscal en base a mayores ingresos fiscales permitiendo así que el gasto público se expanda hacia los sectores prioritarios como salud, educación, seguridad ciudadana, infraestructura y saneamiento incrementado el presupuesto a las regiones para estos sectores.

De acuerdo a la Agencia Peruana de Cooperación Internacional [APIC] (2016) las relaciones bilaterales del Perú con otros países en temas de salud, son las siguientes:

La cooperación gubernamental del Perú con Bélgica. Que se concentró en el apoyo a la política de aseguramiento universal a través del SIS, esto a través del apoyo presupuestal, expertos y voluntarios; el año 2015 Bélgica retiró la cooperación al desarrollo bilateral al Perú para aplicar otras posibilidades de inversión empresarial (“Bélgica retira cooperación al desarrollo bilateral,” 2015).

La cooperación bilateral entre el Perú y Francia. Se orienta a la cooperación científica, universitaria, cultural y lingüística relacionadas con el cambio climático, riesgos naturales, gestión de los recursos naturales, gestión sostenible de los ecosistemas, biodiversidad, salud, desafíos sociales y económicos del desarrollo (APIC, 2016).

La relación bilateral del Perú con Italia. Está orientada a la inclusión social, salud, tutela del medio ambiente y desarrollo sostenible; la modalidad de la cooperación es a través de préstamos, donaciones, canje de deuda (APIC, 2016).

La relación bilateral entre el Perú y la República Checa. Tiene temas de

cooperación del desarrollo social que incluye acceso al agua, electricidad, educación, servicios sociales y de salud con el otorgamiento de asistencia técnica y becas (APIC, 2016).

La relación bilateral que tiene el Perú con los Estados Unidos de América. Abarca temas de cooperación a través del Fondo de las Américas – FONDAM en temas de nutrición y seguridad alimentaria, prevención y reducción de la violencia doméstica y el maltrato infantil, protección del binomio madre-niño, promoción y prevención para la salud para regiones de Loreto, Ucayali, Madre de Dios, Amazonas, Pasco, Huancavelica, Apurímac, Ayacucho así como financiamiento para la investigación médica, la modalidad de la cooperación se realiza a través de la asistencia técnica, expertos, voluntarios y becas (APIC, 2016).

La relación bilateral del Perú con Australia. Tiene como uno de sus objetivos estratégico a la Salud con el fin de abarcar temas de desarrollo económico, gobernabilidad y ayuda humanitaria a través de financiamiento, asistencia técnica, becas para estudios de post grado, pasantías, voluntarios profesionales (APIC, 2016).

La relación bilateral del Perú con Corea del Sur. También abarca el tema de salud a través de asistencia técnica, expertos, voluntarios y becas (APIC, 2016).

La relación bilateral que tiene el Perú con Israel. Centra como un tema de cooperación a temas como la medicina y salud pública (fabricación de prótesis), esto a través de la asistencia técnica, capacitación, expertos, becas, conferencias, seminarios y congresos en Israel (APIC, 2016).

La relación bilateral con Japón. Abarca al fondo general de Contravalor Perú - Japón para el financiamiento no reembolsable (APIC, 2016).

Respecto a la relaciones multilaterales y fondos que tiene el Perú, APIC (2016) detalla los siguientes fondos relacionados a la salud como: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, que en el marco 2012-2016, brindó apoyo en áreas como

población y desarrollo, salud sexual y reproductiva, igualdad entre los géneros, adolescencia y juventud, prevención de embarazo adolescente, violencia basada en género, producción y uso de data estadística, educación sexual; a través de la asistencia técnica (APIC, 2016). El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, es una institución que facilita el financiamiento para llevar a cabo programas de prevención, tratamiento y atención destinados a personas con VIH y SIDA, tuberculosis y malaria, con el financiamiento de los sistemas de salud en el Perú a través subvenciones no reembolsables (donaciones) (APIC, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud - OPS y Organización Mundial de la Salud – OMS, la OPS es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de la vida en los países de las Américas a través (APIC, 2016). La cooperación técnica de la OPS/OMS se enmarca en las siguientes categorías y áreas programáticas:

Enfermedades transmisibles. VIH/SIDA e ITS, Tuberculosis, Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, Enfermedades tropicales desatendidas y zoonóticas, Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis) (APIC, 2016).

Enfermedades no trasmisibles y factores de riesgo. Enfermedades no trasmisibles y factores de riesgo, Salud mental y trastornos por abuso de sustancias, Violencia y traumatismos, Discapacidad y rehabilitación, Nutrición (APIC, 2016).

Abordar los determinantes de la salud y promover la salud a lo largo de todo el ciclo de vida. Salud de la mujer, del recién nacido, del niño, del adolescente, del adulto y salud sexual y reproductiva; Envejecimiento saludable; Género, equidad, derechos humanos y etnicidad; Determinantes sociales de la salud; Salud y medio ambiente (APIC, 2016).

Sistema de salud. Gobernanza y financiamiento en salud: políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud, servicios de salud integrados centrados en las personas, acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad de reglamentación, información y datos probatorios relacionados con los sistemas de salud, recursos humanos en salud (APIC, 2016).

Preparación, vigilancia y respuesta. Capacidad de alerta y respuesta (RSI), Enfermedades que tienden a causar epidemias y pandemias, manejo de riesgos y de crisis en situaciones de emergencia, seguridad alimentaria, respuesta a crisis por brotes (APIC, 2016).

Servicios corporativos y funciones instrumentales. Liderazgo y gobernanza, transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos, planificación estratégica, coordinación de recursos e información, gestión y administración, comunicación estratégica (APIC, 2016).

El Organismo Panamericano de la Salud (OPS), impulsa la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), mediante el cual plantea la renovación de la salud en el primer nivel de atención, buscando servicios equitativos e integrales a una población definida. Mediante esta red buscan: eliminar la fragmentación de la atención, teniendo capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en lugares menos apropiados; integración de las redes de salud, nuevo modelo de atención en prevención y promoción de la salud (Ministerio de Salud, 2014). La finalidad de integrar las redes es garantizar el derecho al acceso universal de la salud aumentando la capacidad de resolución de la atención primaria. Mediante el Decreto Legislativo N° 1166, aprueba la conformación y funcionamiento de las redes integrales de cuidado al ciudadano, el cual se rige en las siguientes Leyes: Ley 26842, Ley general de salud, en el artículo VI, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que

los provea. Ley 27657 del MINSA menciona que el Ministerio de Salud es el órgano que conduce, regula y promueve la intervención del sistema nacional de salud. Ley 29344 de Aseguramiento Universal en Salud, precisa los establecimientos categorizados y acreditados, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención. Por último la Ley 30073, delega al poder ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud. Teniendo los siguientes problemas actuales, las aseguradoras IAFAS, propone cada una de ellas diversas estrategias y diferentes programas que no se articulan entre sí, por lo cual existe pérdida de eficiencia y eficacia. Las instituciones que brindan servicios en el primer nivel de atención tienen una capacidad resolutoria limitada e ineficiente funcionamiento de la referencia, se tiene una baja calidad de servicio por lo siguiente: maltrato del personal, demora de atención, insatisfacción en atención externa y hospitalización. Los servicios de salud no garantizan la solución del problema de salud del usuario. Respecto a los fondos de la Banca en desarrollo, el Banco Mundial a través de la Cooperación Financiera Internacional (CFI) ofrece apoyo a la Salud a través de la asistencia técnica, capacitación, becas y voluntarios.

Finalmente la cooperación Sur – Sur, permite que países como la República Argentina realice proyectos conjuntos de cooperación técnica con otros países, mediante mecanismos de asociación, colaboración y apoyo mutuo; donde también se abarcan temas de la salud, a través de capacitaciones y becas. Chile busca compartir la experiencia de desarrollo de su país de acuerdo a la propia realidad de sus socios-beneficiarios, mediante el intercambio mutuo de políticas públicas exitosas y de conocimientos técnicos en temas como la Salud a través de la asistencia técnica, formación de capital humano avanzado a través de punto focal de cooperación y fondos concursables (APIC, 2017).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cuyo objetivo es la de garantizar el cumplimiento de los derechos de la infancia, brindando servicio de ayuda a los

gobiernos, las comunidades y las organizaciones en actividades como: asistencia en casos de emergencia, prevención de la morbilidad y mortalidad infantil, cooperación con las comunidades para la educación de niños y niñas. El 2015, el Perú aportó con 4,085 socios individuales que mensualmente donan la suma de 40 soles, gracias al servicio de adquisición, se compró servicios estratégicos para contrarrestar la mortalidad infantil, reducir la anemia, prevención del VIH y control del embarazo, equivalente a 47.9 millones de soles. Se realizó un gasto estimado 4.7 millones de dólares, los cuales se destinaron a: supervivencia y desarrollo infantil, en educación básica y de calidad, protección de niños y niñas, en políticas de inversión social, intersectorial, y, costos administrativos y logísticos. Esto financiado por países donantes como Alemania, Bélgica, Canadá, España y Estados Unidos; recursos regulares de la UNICEF y fondos para atención de emergencias. (UNICEF, 2015).

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [MINDIS] (2017c) tiene adjunto un programa nacional de apoyo directo a los más pobres – JUNTOS mediante Resolución Suprema 004-2012-PCM, publicada el 1 de enero de 2012, este programa tiene el fin de fortalecer y articular la intervención social del Estado para impulsar el desarrollo y la inclusión social, propiciando que la inversión de los recursos sea eficaz y eficiente e impacte mejor en la lucha contra la pobreza. Dentro de este programa se vincula al Ministerio de la Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Economía y Finanzas con la finalidad de contribuir a la reducción de la pobreza y evitar que los hijos sigan viviendo en la pobreza que afecto a sus padres, y como propósito, generar capital humano dentro de los hogares en situación de pobreza extrema, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud – nutrición y educación (MINDIS, 2017a).

También se ha desarrollado el programa Pensión 65 con el fin de proteger a un sector especialmente vulnerable de la población de personas mayores a los 65 años, por lo que se

entrega una subvención económica de 250 soles bimestrales con el fin de que sus necesidades básicas sean atendidas, entre ellos la salud (MINDIS, 2017a). Otro programa adscrito al MIDIS es el Programa Nacional “Tambos” que vela por la prestación de servicios y actividades del sector vivienda, construcción y saneamiento, para promover un trabajo articulado con otros sectores dirigidos a la población rural y rural dispersa, el objetivo es mejorar la calidad de vida, generar igualdad de oportunidades, desarrollar o fortalecer sus capacidades productivas individuales y comunitarias y facilitar la respuesta oportuna ante desastres, estos “Tambos” sirven como punto de conexión para que todos los programas del Estado puedan llegar a las comunidades más alejadas del Perú (MINDIS, 2017b).

3.3.2. Fuerzas económicas y financieras (E)

Son aquellas que determinan las tendencias macroeconómicas, las condiciones de financiamiento, y las decisiones de inversiones. Tienen una incidencia directa en el poder adquisitivo de los clientes de la organización y son de especial importancia para las actividades relacionadas con el comercio exterior (D’Alessio, 2015).

El sector salud del Perú se financia de las rentas que genera el Estado peruano a partir de sus distintas actividades económicas, así como de los fondos económicos de países cooperantes y organismos internacionales, por lo que genera un gasto público no financiero; estas fuentes de financiamiento se dividen en: recursos ordinarios, recursos directamente recaudados. Por ello, si la economía peruana presenta variaciones en su crecimiento económico, esto podría repercutir en la asignación de presupuesto al sistema de salud. El indicador que determina las variaciones de la economía peruana es el Producto Bruto Interno [PBI]. El PBI es la suma de las rentas de la economía durante un determinado periodo. Su cálculo se determina a través de la suma de los siguientes componentes macroeconómicos: consumo público y privado + las inversiones públicas y privadas + gasto

público + (exportaciones – importaciones).

De acuerdo al último informe técnico N°02 del Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2017c) el resultado del PBI del primer trimestre del periodo 2017 tuvo una variación porcentual del 2.1% respecto al primer trimestre del año 2016, esto gracias a la evolución favorable del consumo final privado que creció 2.2%, así como, la mayor demanda externa de las exportaciones que aumentaron en 13.1%. Esta variación porcentual del 2.1% fue menor en comparación a las variaciones de otros trimestres por factores climáticos que se manifestaron en mayor medida en la zona norte y central del país, con la interrupción de las principales carreteras, temporal desabastecimiento de productos y dificultades logísticas de transporte y comunicaciones. Estos factores climáticos impulsaron a la reducción del consumo del gobierno en -4.0% por las menores adquisiciones de bienes y servicios, atenuado por el mayor gasto registrado en el rubro personal y obligaciones sociales; así como a la inversión pública y privada en -4.8%, como resultado de la disminución en la construcción (-5.3%) y maquinaria y equipo (-4.2%).

Aunque el escenario del PBI del primer trimestre del año 2017 no haya sido favorable para la economía peruana, este ha estado mostrando un crecimiento respecto a años anteriores. Durante el año 2015 y 2016, el PBI ha mostrado una variación porcentual del 3.3% y 3.9% respectivamente, por lo que el Ministerio de Economía y Finanzas [MEF] (2017c) estima que para el año 2017, el PBI tendrá una variación porcentual de 3.0%, y con una proyección del 4.5%, 5.0%, 5.0% y 5.0% para los años 2018, 2019, 2020 y 2021 respectivamente (ver Figura 18). Cabe resaltar que, si el PBI tiene una variación porcentual en negativo en indicadores como la inversión, gasto público y exportaciones; esto puede afectar al empleo de los ciudadanos, por lo que tendrán menos dinero para gastar en sus distintas necesidades, a la vez que reducirían algunos gastos y esto afecta directamente a la Salud ya que el ciudadano destinará un menor porcentaje de sus ingresos a la misma.

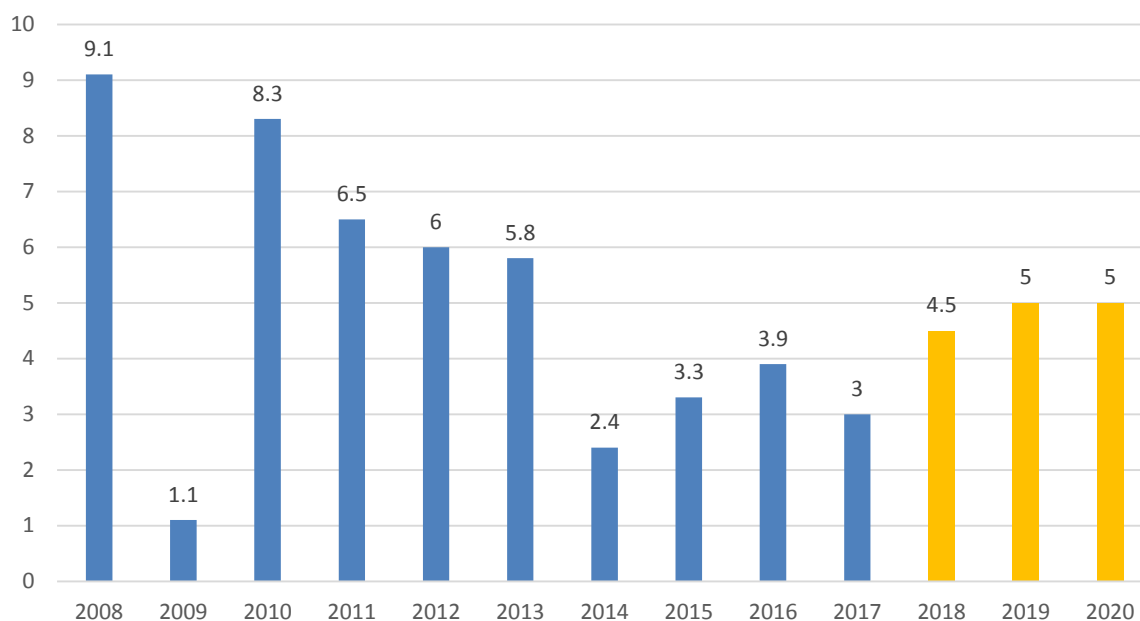
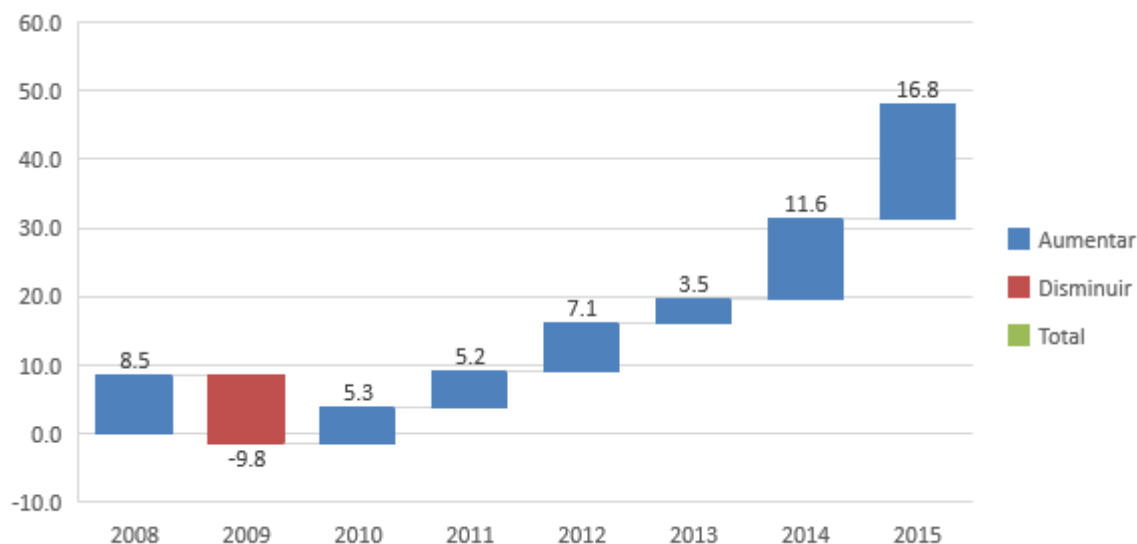


Figura 18. Evolución y proyección del Producto Bruto Interno (PBI) 2008-2020. Adaptado de “Perú: Comportamiento de la economía Peruana en el primer trimestre de 2017,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017c (https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_producto-bruto-interno-trimestral-2017i.pdf) y de “Informe de actualización de Proyecciones Económicas,” por Ministerio de Economía y Finanzas, 2017c (https://www.mef.gov.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/informe_actualizacion_proyecciones.pdf).

Respecto al PBI de la región Junín, el indicador macroeconómico ha presentado una variación porcentual del 16.8% (ver Figura 18) principalmente por la actividad Extracción de Petróleo, Gas y Minerales que creció en 56,8%, debido a la mayor producción de cobre (139.3%), plata (18.9%), oro (1.5%) y plomo (8.0%) (INEI, 2016b). Para el año 2014, la variación porcentual fue de 11.6%, siendo uno de los primeros departamentos con mayor crecimiento del PBI (INEI, 2015b). Cabe resaltar que el incremento del PBI de una región trae consigo mayor empleabilidad en la población y con ello, mayor poder adquisitivo.

De acuerdo a la evolución adquisitiva del consumidor de la región Junín, este ha presentado un crecimiento desde el año 2010 gracias al impulso de las actividades económicas como la minería (ver Figura 19), haciendo que el ingreso promedio mensual de un persona empleada de la región Junín crezca a la par con el ingreso promedio mensual

nacional (ver Figura 20), es decir, la población va adquiriendo mayor poder económico y con ello, mayor destino de sus gastos en la satisfacción de sus necesidades básicas, entre ellas la salud.



Actividades	2015
Extracción de Petróleo, Gas y Minerales	56.8
Telecomunicaciones y otros servicios de información	11.2
Pesca y Acuicultura	10.3
Electricidad, Gas y Agua	8.5
Agricultura, Ganadería, Caza y Silvicultura	8.1
Otros servicios	6.2
Otros ^a	11.9
PBI	16.8

Figura 19. Evolución del PBI de la región Junín desde el año 2008 al 2015. Tomado de “principales indicadores macroeconómicos,” por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, 2015b (<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>).^a Incluye: administración pública y defensa, comercio, alojamiento y restaurantes, construcción, transporte, almacén, correo y mensajería, manufactura.

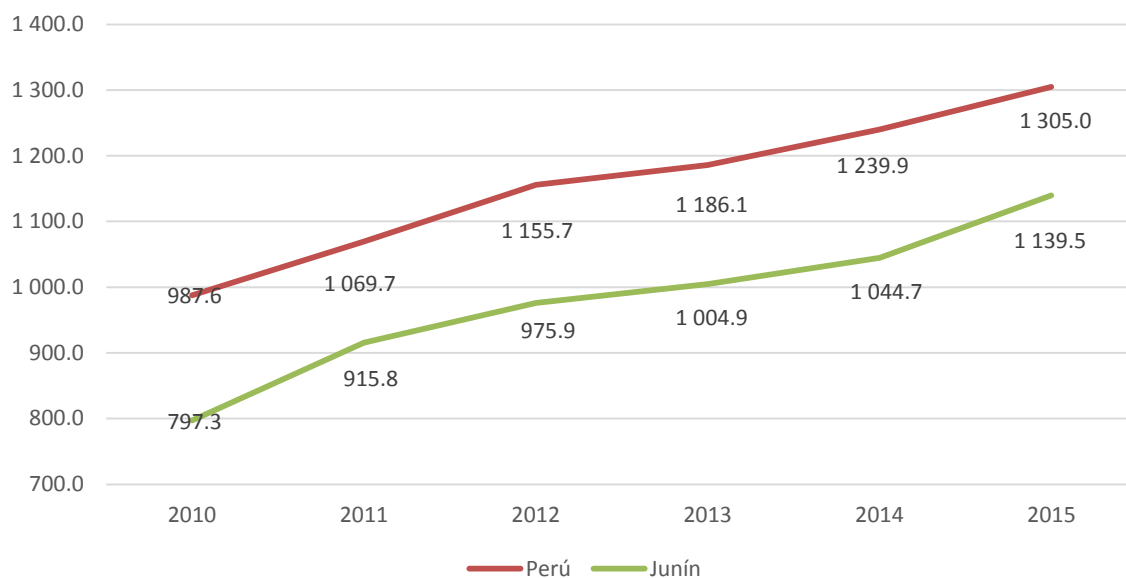


Figura 20. Evolución del ingreso promedio mensual en la región Junín. Tomado de “principales indicadores macroeconómicos,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2015b (<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>).

Para el año 2017 el presupuesto asignado al sector salud en el Perú fue de 142'471,518.545 soles, lo que significa un 4.7% de incremento respecto al aprobado para el año 2016 (MEF, 2017b). El presupuesto es distribuido a los diferentes organismos dependientes del MINSA, como el Seguro Integral de Salud SIS y Gobiernos Regionales de Salud. El presupuesto asignado al SIS tiene como finalidad financiar los servicios de salud de la población pobre y vulnerable en el Perú. Cabe resaltar que el SIS es un sistema de fondos de salud (IAFA) para que pueda prestar servicios de salud en la población pobre y vulnerable del país peruano, y esto lo realiza a través de firmas de convenio con los Gobiernos Regionales para que brinden los servicios de salud de manera oportuna, completa y de calidad en los establecimientos del primer nivel de atención pertenecientes a su ámbito jurisdiccional.

El presupuesto asignado al SIS para el año 2017 tuvo una disminución en comparación de los periodos anteriores (ver Figura 21), esto repercute en el financiamiento y manejo de fondos para lograr la prestación de servicios de salud a la población vulnerable

del Perú, por lo que se ha generado la disconformidad de los gobiernos regionales a los cuales se les ha recortado el presupuesto para la prestación de sus servicios en el primer nivel de atención y con ello, la atención de la población vulnerable y pobre por jurisdicción.

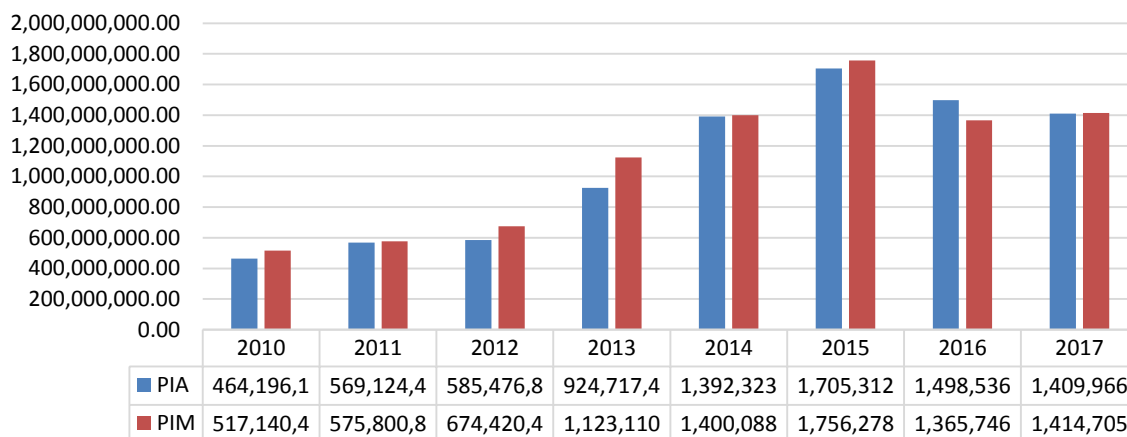


Figura 21. Evolución del presupuesto asignado al SIS desde el año 2010 al 2017.

El PIA es el presupuesto inicial de la entidad pública, el PIM es el presupuesto actualizado de la entidad pública a consecuencia de las modificaciones presupuestaria.

Tomado de “Portal de Transparencia Económica,” por el MEF, 2017d (<https://www.mef.gob.pe/es/portal-de-transparencia-economica>).

Cabe resaltar que la población vulnerable se encuentra compuesta por la población menor a los cinco años, gestantes y recién nacidos, indígenas, albergados, escolares Qallwarma, contribuyentes NRUS, bomberos, etc (ver Figura 22). Y este ha presentado un

TIPOS DE FOCALIZACIÓN	PERIODO FISCAL	2012	2013	2014	2015	2016****
VULNERABLES	< 5 AÑOS					462,798
	< 3 AÑOS				345,552	NA**
	Gestantes y Recién Nacidos			1,091	92,327	33,733
	PPL***/Indígenas/Albergados		18,622	48,942	68,259	83,554
	Escolares Qallwarma		2,081,401	2,737,032	3,377,461	3,698,431
	Contribuyentes NRUS		200,101	265,441	218,629	205,432
	Otros (Bomberos, CIDH, etc)	44,054	156,071	126,097	121,207	113,807
POBRES		11,309,508	11,467,261	12,575,702	12,608,966	12,469,582
TOTAL ASEGURADOS VULNERABLES		11,353,562	13,923,456	15,754,305	16,832,401	17,067,337
PRESUPUESTO EN S/		674,420,454	1,123,110,046	1,400,088,310	1,719,344,727	1,489,194,492
VARIACIÓN DEL PPTO ASIGNADO			66.53%	24.66%	22.80%	-13.39%

Figura 22. Incremento del número de asegurados atendidos y enfermedades cubiertas, sin incremento de financiamiento (SIS)

Tomado de “Sustentación del Proyecto de Presupuesto del Año Fiscal 2017

Sector Salud,” por la Ministra de Salud P. García, 2016

(http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/Presupuesto/files/salud_ppto_2017.pdf)

aumentado en el número de atenciones en dicha población que no aporta directamente al SIS, asimismo se muestra una reducción del presupuesto asignado al mismo, por lo que actualmente no se cuentan con los recursos para seguir otorgando servicios de salud en el nivel primario de atención pública.

El presupuesto del SIS es distribuido a los 26 departamentos del Perú (ver Figura 23) y los montos entregados dependerá del total de atenciones otorgadas a la población asegurada de su jurisdicción. El SIS efectúa transferencias financieras a los establecimientos de salud en forma anticipada y tomando como cálculo un monto por cada asegurado, llamado “Pago Capitado”. Este pago se calcula sobre la base anual por asegurado SIS que reciba atenciones de primer nivel, por ejemplo: control del recién nacido y del niño sano, consejería nutricional, parto, consulta médica y odontológica, detección temprana de cáncer, apoyo al diagnóstico, entre otros (SIS, 2017a). El SIS realiza transferencias de recursos a los Gobiernos Regionales, hasta completar el 80% del presupuesto anual aceptado. El 20% restante, se desembolsa al final del año, siempre y cuando se hayan cumplido las metas establecidas en el convenio que firma el SIS con el Gobierno Regional, las cuales son: (a) brindar las prestaciones de salud con oportunidad, (b) mejorar el acceso a la atención a todos los asegurados, (c) elevar el número de prestaciones básicas, (d) velar por la entrega completa y gratuita de los medicamentos a los afiliados y (e) mejorar la calidad de la atención.

Es importante señalar que el Pago Capitado no cubre la contratación de recursos humanos bajo la modalidad CAP, compra de vehículos, construcción de nueva infraestructura, actividades recreativas para el personal, incentivos laborales, uniformes y actividades de capacitación (excepto sobre normatividad del SIS y MINSA) ya que esas actividades le corresponde al Gobierno Regional con el fin de ofrecer al SIS una infraestructura adecuada para que puedan brindar sus servicios (SIS, 2014).

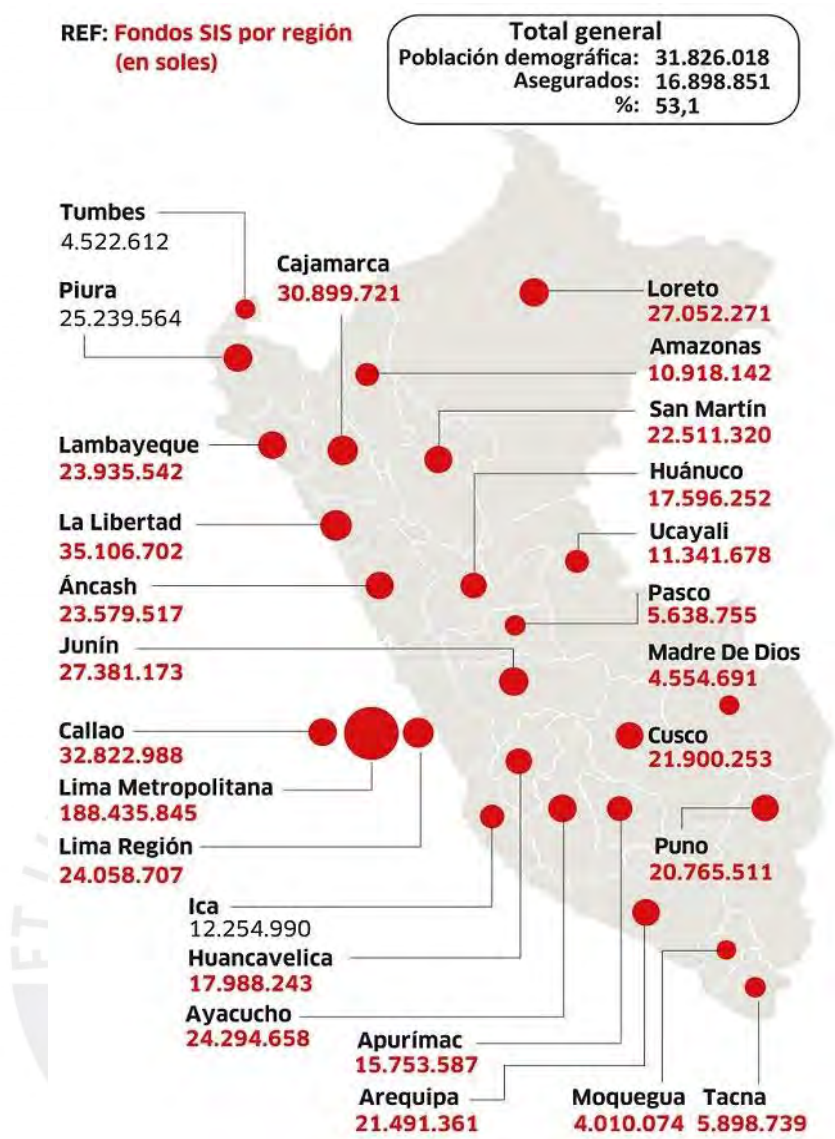


Figura 23. Distribución del presupuesto del SIS hacia los Gobiernos Regionales de Salud, 2017.

Tomado de “Así se distribuye el presupuesto del SIS,” por A. Alemán (<http://larepublica.pe/economia/876612-asi-se-distribuye-el-presupuesto-del-sis>).

Según el resultado de la evaluación de desempeño realizado el año 2014, la Dirección Regional de Junín, logró abarcar el 103.97% de los indicadores per cápita, desempeño y producción, logrando la obtención del 100% del presupuesto asignado para ejecución de acciones del primer nivel de atención (SIS, 2015).

En el convenio firmado entre el SIS y La DIRESA- Junín para la prestación de

servicios, indicó que la DIRESA debe tener implementada y acondicionada una red de establecimiento de salud para el primer nivel de atención, por lo que es responsabilidad de la DIRESA otorgar el acondicionamiento, infraestructura y equipamiento para su ejecución. Por lo que el gobierno nacional le otorgan un presupuesto anual a fin de puedan cumplir con funciones de: Planeamiento gubernamental (2.8%), gestión (14%), riesgo y emergencia (0.7%), salud colectiva (7.5%), salud individual (72%), social (3%) (MEF, 2017b). Cabe resaltar que la salud colectiva se refiere a las acciones orientadas a la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños en la población, por lo que se encuentra enfocada en el primer nivel de atención, pero ésta tiene asignada un 7.5% del presupuesto total asignado frente a otras funciones. De acuerdo con los principales cooperantes bilaterales del sector salud en financiamiento y fondos, Italia es un país que aporta económicamente al Perú para temas de salud a través donaciones, préstamos y canje de deuda; Japón a través de la cooperación financiera no reembolsable; Fondo Mundial de la lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria a través de subvenciones no reembolsables.

Asimismo, el sector salud cuenta con el apoyo de la municipalidades de cada provincia y distrito a fin de que éste gestione la atención primaria en salud, desarrollando y manteniendo la infraestructura de los centros y puestos como construir y equipar la infraestructura de las postas médicas en especial en los centros poblados más alejados, refiriéndose a la atención primaria en salud a la asistencia sanitaria básica (agua, desagüe y alcantarillado) a todos los individuos y familias de la comunidad. También se cuenta con el programa de atención inmediata de Sistema de Atención Médica de Urgencias SAMU que es un servicio médico integral que permite que todas las personas, especialmente a las que se encuentran en situación de pobreza reciban atención oportuna y con calidad el momento preciso que se presente una urgencia de manera rápida, eficiente y gratuita (Servicio de Atención Móvil de Urgencias [SAMU], 2017).

3.3.3. Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)

Estas fuerzas definen el perfil del consumidor, determinan el tamaño de los mercados, orienta los hábitos de compra, afectan al comportamiento organizacional y crean paradigmas que influyen en las decisiones del cliente (D'Alessio, 2015).

El comportamiento demográfico afecta de manera directa al sector salud, pues su crecimiento y desarrollo afecta a los indicadores de morbilidad en la población, asimismo con los datos demográficos, el Estado toma acciones para lograr el acceso a la salud universal. De acuerdo con el último Censo Nacional: XI de Población y VI de Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2007), la población del Perú ascendió a 27'412,157 habitantes. De acuerdo a las proyecciones del INEI (2016c), la población para el año 2016 fue de 31'488,625 habitantes, de los cuales el 48.26% es población masculina, mientras que el 49.91% es femenina. El 1.83% de población son recién nacidos, el 31.20% de la población son féminas aptas a ser madres y el 2.49% son mujeres gestantes (ver Tabla 13). Asimismo, la región Junín es la sexta ciudad más poblada del Perú, con una tasa del 48.32% de población masculina y 51.68% de población femenina, trayendo consigo altas tasas de nacimientos, fecundidad y maternidad; convirtiéndose así en parte de la población vulnerable para una atención médica.

Respecto a los indicadores demográficos como la tasa de fecundidad, mortalidad, migración y crecimiento (ver Tabla 14). INEI (2016d) indicó que la región Junín tiene nacimientos anuales de 29,559 habitantes al año aproximadamente con una tasa de natalidad del 22.29% anual, convirtiéndose en el sexto departamento con más nacimientos en el Perú, asimismo presenta una tasa de fecundidad del 2.89% y 1.41% en reproducción, posicionándose, así como la séptima región con altas tasas de fecundidad y reproducción. Respecto a la mortalidad, Junín es la región con la más alta tasa de mortalidad con un 6.17% por cada mil habitantes, con una esperanza de nacimiento del 71.85% y una tasa de

mortalidad infantil de 18% por cada mil nacidos. Respecto a la migración, Junín es la tercera ciudad con la más alta tasa de migración hacia otras regiones, pues al año migran un total de 11,470 habitantes aproximadamente.

Tabla 13

Comportamiento Demográfico del Perú por Departamentos, 2016

Departamento	Total población	Población masculina	Población femenina	Nacimientos	Población femenina			Gestantes esperadas
					10-14	15-19	20-49	
Lima	9,989,369	4,703,224	5,126,256	159,889	395,734	440,496	2,382,321	217,627
La libertad	1,882,405	905,074	943,651	33,680	85,932	86,609	418,497	45,842
Piura	1,858,617	895,916	925,625	37,076	92,521	87,105	395,337	50,465
Cajamarca	1,533,783	741,937	761,147	30,699	77,754	69,364	331,080	41,785
Puno	1,429,098	687,243	712,434	29,421	72,872	71,165	299,073	40,045
Junín	1,360,506	657,356	673,436	29,714	68,265	66,128	281,542	40,444
Cusco	1,324,371	646,326	653,156	24,889	62,423	58,256	283,531	33,877
Arequipa	1,301,298	623,975	656,170	21,153	52,436	57,130	301,188	28,792
Lambayeque	1,270,794	595,442	653,834	21,518	58,283	59,950	289,184	29,289
Áncash	1,154,639	564,110	568,016	22,513	54,485	51,009	241,444	30,643
Loreto	1,049,364	525,668	501,498	22,198	58,299	51,364	210,404	30,214
Callao	1,024,439	494,310	514,914	15,215	39,889	42,385	238,473	20,709
Huánuco	866,631	421,501	426,252	18,878	44,789	38,619	179,670	25,695
San Martín	851,883	447,174	388,752	15,957	40,896	36,665	171,576	21,719
Ica	794,919	386,062	395,465	13,392	35,216	35,646	175,289	18,228
Ayacucho	696,152	340,310	340,186	15,656	36,654	34,234	138,384	21,310
Ucayali	501,269	257,042	235,439	8,788	27,379	22,024	99,655	11,961
Huancavelica	498,556	236,491	248,190	13,875	29,143	25,668	95,242	18,885
Apurímac	460,868	225,180	225,478	10,210	23,720	19,039	93,641	13,897
Amazonas	423,898	214,286	200,683	8,929	21,141	16,956	86,797	12,154
Tacna	346,013	173,474	166,988	5,551	14,409	14,633	79,276	7,555
Pasco	306,322	156,351	143,529	6,442	15,799	14,634	61,002	8,769
Tumbes	240,590	126,411	110,224	3,955	10,051	9,618	52,511	5,383
Moquegua	182,333	94,499	85,099	2,735	6,902	6,842	39,843	3,722
Madre de dios	140,508	78,066	59,818	2,624	6,474	6,051	27,831	3,572
Total	31,488,625	15,197,428	15,716,240	574,957	1,431,466	1,421,590	6,972,791	782,582
Porcentajes	100%	48.26%	49.91%	1.83%	4.55%	4.51%	22.14%	2.49%

Nota. Tomado de "Boletines Especiales de Estimaciones y Proyecciones de Población N°17 al 20," por INEI, 2016c (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>).

Tabla 14

Indicadores Demográficos del Perú por Regiones 2010 al 2015

	Fecundidad				Muertes anuales	Mortalidad		Migración		Crecimiento total anual
	Nacimientos anuales	Tasa bruta de natalidad	Tasa global de fecundidad	Tasa bruta de reproducción		Tasa bruta de mortalidad (por mil)	Esperanza de vida al nacer	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	Migración neta anual	
Lima	160,431	16.93	1.95	0.95	48,600	5.13	77.15	10.33	32,476	144,307
La Libertad	34,827	19.31	2.34	1.14	9,456	5.24	75.63	14.38	-2,778	22,593
Piura	38,276	21.18	2.66	1.30	9,683	5.36	73.97	18.82	13,571	15,022
Callao	15,624	16.01	1.91	0.93	4,795	4.91	77.68	9.14	2,941	13,770
Arequipa	21,113	16.85	2.00	0.98	6,930	5.53	76.27	13.25	-414	13,769
Puno	30,477	22.02	2.78	1.36	9,705	7.01	70.35	30.24	-8,101	12,671
San Martín	16,775	20.66	2.71	1.32	4,437	5.47	71.34	19.18	-755	11,583
Loreto	23,718	23.45	3.04	1.48	4,974	4.92	71.74	24.27	-7,449	11,295
Lambayeque	22,326	18.09	2.18	1.06	6,485	5.25	76.08	17.07	-5,233	10,608
Junín	29,559	22.29	2.89	1.41	8,186	6.17	71.85	18	11,470	9,903
Cusco	26,139	20.17	2.58	1.26	8,917	6.88	70.31	29.65	-8,786	8,436
Ica	13,713	17.87	2.21	1.08	3,825	4.99	77	9.98	-1,888	8,000
Ayacucho	16,069	23.99	3.24	1.58	4,120	6.15	70.81	21.88	-4,250	7,699
Huánuco	19,599	23.23	3.01	1.47	5,013	5.94	71.52	22.36	-7,783	6,803
Áncash	22,861	20.19	2.63	1.28	6,900	6.09	73.81	18.01	-9,355	6,606
Cajamarca	32,116	21.2	2.67	1.30	8,164	5.39	72.94	17.98	17,815	6,137
Ucayali	9,371	19.51	2.78	1.36	2,727	5.68	70.88	23.42	-540	6,104
Tacna	5,754	17.39	2.07	1.01	1,686	5.09	74.21	13.24	289	4,357
Huancavelica	14,067	28.98	4.01	1.96	2,828	5.83	69.79	29.31	-7,239	4,000
Tumbes	4,102	17.87	2.16	1.05	1,079	4.7	74.05	12.63	219	3,242
Madre de Dios	2,640	20.43	2.71	1.32	569	4.4	72.21	22.04	1,155	3,226
Apurímac	10,611	23.43	3.10	1.51	3,061	6.76	70.23	20.41	-5,030	2,520
Pasco	6,538	21.9	2.92	1.42	1,654	5.54	71.41	20.97	-2,601	2,283
Amazonas	9,367	22.41	2.91	1.42	2,529	6.05	70.56	22.52	-4,920	1,918
Moquegua	2,733	15.54	2.01	0.98	966	5.49	75.77	13.25	100	1,867

Nota. Tomado de Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por departamento, sexo y grupos quinquenales de Edad 1995-2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 37, por Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2016d.

Respecto a la estructura poblacional por edades y género (ver Figura 24). INEI (2017d) ha proyectado que la población peruana va a envejecer más en comparación a los años anteriores, así como habrá un aumento del género femenino, cabe resaltar que el género femenino representa a la fecundidad por la probabilidad de embarazo y nacimiento de nueva población.

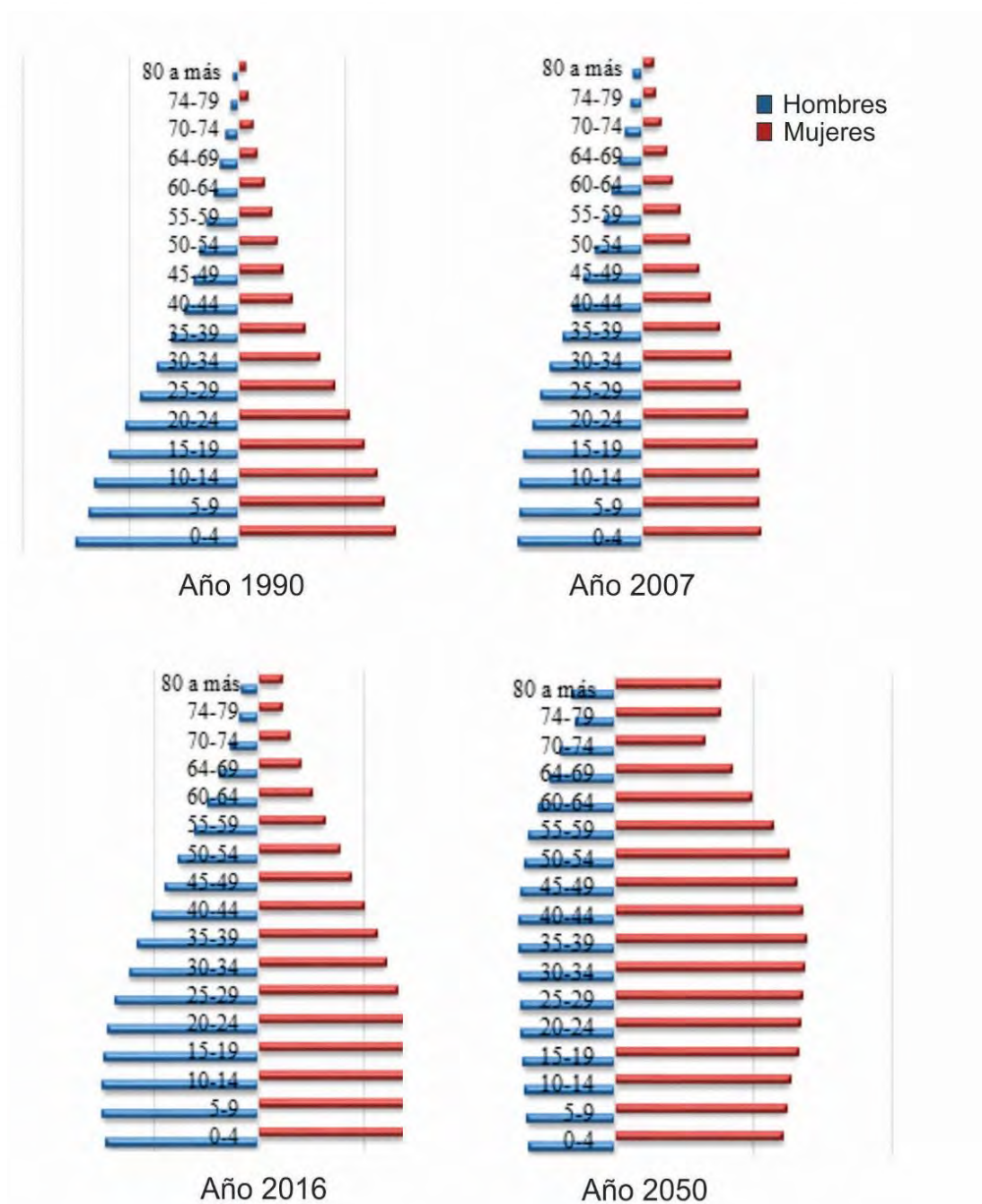


Figura 24. Proyección de la transición poblacional hasta el año 2050. Adaptado de “Perú: Estimaciones y proyecciones de la población. Boletín N°21 y 22,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017d (<http://webinei.inei.gob.pe:8080/sirtod-series/>).

La transición poblacional estima que el año 2050 habrá más mujeres que hombres, así como el incremento de la población infantil y longeva, que es una población económicamente no activa, por lo que no aportarán directamente al financiamiento de la

salud, por lo que es importante implantar políticas que ayuden a enfrentar el futuro escenario de la población en salud. Respecto a la transición poblacional en la región Junín, INEI (2016e) estimó que la población total para el año 2016 fue de 1'360,506 habitantes, se proyecta un crecimiento del 0.7% para el año 2017, y un crecimiento del 0.5% para el año 2025 (ver Tabla 15), por lo que tendrá un comportamiento similar con la transición poblacional nacional.

Tabla 15

Proyección Demográfica por Edades y Género de la Región Junín hasta el 2025

Edades	al 2007		al 2017		al 2025	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
0-14	227,360	219,199	214,325	205,738	206,678	198,064
15-64	384,621	375,528	437,539	426,367	468,489	454,992
65- a más	30,877	36,063	40,167	46,138	51,359	58,832
Total	642,858	630,790	692,031	678,243	726,526	711,888

Nota. Adaptado de “Transición poblacional del año 2007 y 2017 y 2025 de la región Junín,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016e (<http://webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD1/inicio.html#app=db26&d4a2-selectedIndex=1&d9ef-selectedIndex=1>).

Con respecto a los niveles de la población urbana y rural, en el último Censo Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda, realizado por el INEI, se mostró que la población urbana representó el 75.9%, por lo cual la población rural representan un 24.1% de la población (INEI, 2007). De acuerdo a las estimaciones y proyecciones de población urbana y rural de INEI (2017d), se estimó que la población urbana representó un 76.7% de la población total, mientras que la población rural el 23.3%. Para el caso de la región Junín, el escenario ha estado mostrando el mismo comportamiento que el nacional, esto gracias al incremento del poder adquisitivo de la población por la mayor empleabilidad. Por lo que el escenario de urbanismo para la región Junín ha tenido una disminución desde años anteriores, pero con un porcentaje representativo de población rural (ver Figura 25).

Cabe resaltar que la población rural se caracteriza por incluir a la población pobre, en extrema pobreza y con un problema de saneamiento de agua potable y energía eléctrica para su desarrollo urbano. Asimismo el comportamiento de la urbanización se ha mostrado desordenada y sin una planificación urbana, pues la población ha buscado crecer urbanísticamente en lugares no aptos para vivir, creando asentamientos humanos donde se presenta los mismos problemas de saneamiento de agua potable y energía eléctrica.

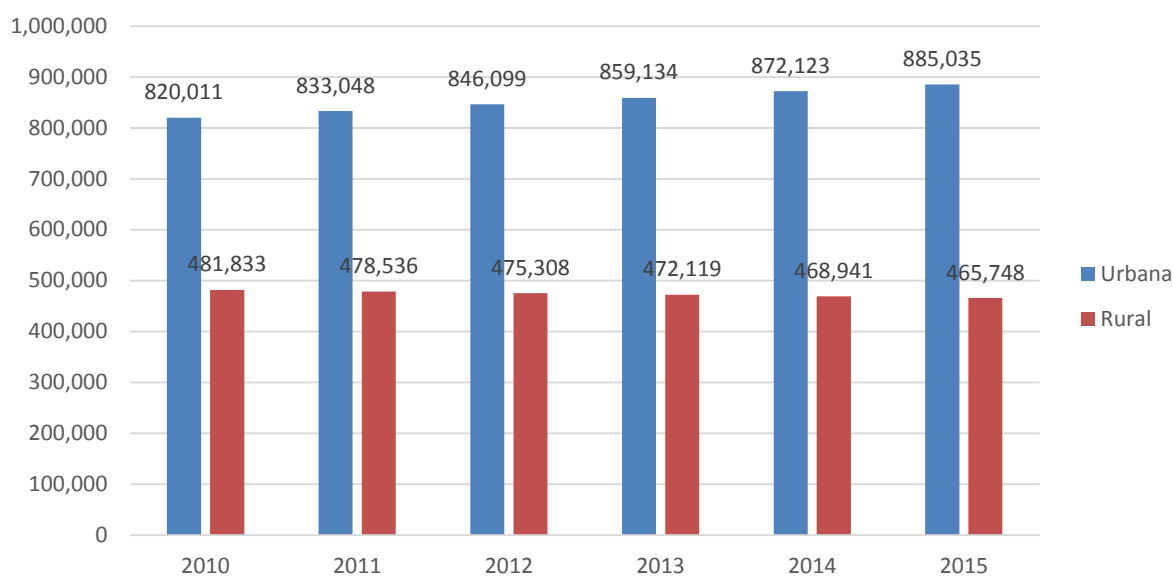


Figura 25. Evolución de la población rural y urbana de la región Junín 2007 - 2015. Adaptado de “Estimaciones y Proyecciones de población Urbana y Rural por Sexo y Edades Quinquenales, Según Departamento, 2000-2015. Boletín Especial N° 19,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017d (<http://webinei.inei.gob.pe:8080/sirtod-series/>).

La tasa de desempleo y subempleo es también importante, pues con ella se puede identificar a la población que trabaja en una actividad formal y que goza de los beneficios del seguro social de salud, así como detectar a las personas que trabajan de manera informal y consiguientemente, no contar con un seguro de salud. El INEI (2015c), estimó que la población total del Perú para el año 2015 equivalió a 31'151,643 de los cuales 13'059,643 personas pertenecen a la población económicamente activa ocupada, es decir que el 41.92% se encuentran trabajando (ver Tabla 16). Asimismo, la región Junín es el séptimo departamento

que tiene mayor empleabilidad (PEA), es decir, que, de sus 1'350,783 habitantes, el 51.69% es población económicamente activa PEA.

Tabla 16

Población Económicamente Activa Ocupada por Departamentos en el Perú al 2015

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Lima y Callao	4,087	4,416	4,725	4,839	4,938	5,094	5,202	5,354	5,351	5,332	5,437
La Libertad	736	771	791	808	864	890	877	911	898	912	919
Piura	754	762	829	814	849	860	843	868	869	890	888
Cajamarca	790	817	795	824	817	802	804	768	792	796	801
Puno	729	728	713	718	736	759	765	765	781	796	776
Cusco	667	678	649	684	700	693	715	735	727	733	753
Junín	602	625	617	642	642	656	675	678	679	685	698
Arequipa	546	568	600	589	597	616	635	629	662	669	666
Lambayeque	524	524	571	574	605	612	610	616	617	603	616
Áncash	532	552	548	574	565	573	573	584	584	609	609
Loreto	420	433	462	442	448	456	462	485	499	493	495
Huánuco	396	405	405	412	422	424	429	431	439	451	459
San Martín	375	375	393	392	390	418	429	416	429	431	419
Ica	332	334	345	359	367	377	389	394	404	404	390
Ayacucho	305	312	309	322	317	321	333	321	341	354	351
Ucayali	198	201	219	232	241	249	253	258	259	272	267
Apurímac	198	228	230	234	227	231	238	241	251	252	264
Huancavelica	215	218	226	230	233	232	242	250	250	259	256
Amazonas	198	203	216	215	220	226	230	222	226	224	226
Tacna	150	154	156	165	157	167	170	170	173	178	173
Pasco	118	123	128	127	148	149	149	152	153	151	153
Tumbes	109	112	119	115	116	120	122	123	124	125	125
Moquegua	88	87	89	87	90	95	94	98	101	100	100
Madre de Dios	53	56	62	65	67	69	69	72	75	76	79
Total	13,120	13,683	14,197	14,459	14,758	15,090	15,307	15,541	15,684	15,797	15,919

Nota. Tomado de “Evolución de la población económicamente activa ocupada, según ámbito geográfico, 2004 – 2015 en miles de personas,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015c (<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>).

Respecto a los niveles socio económicos, La Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [APEIM] (2016), indicó que, de los 8, 510, 537 hogares (urbanos y rurales) de la población peruana, el 38.7% se ubica en los niveles socio económicos A, B y C; y que el 61.3% se encuentran en los niveles socio económicos D y E (ver Figura 26). Asimismo, APEIM (2016) determinó que la región Junín es la región que ocupa el puesto 12 respecto a los hogares ubicados en el socio económico E con un porcentaje de 49.7% de los 1,511 hogares tomado como muestra (ver Tabla 17) y el 26.4% de los mismos pertenecen a nivel socio económico C.

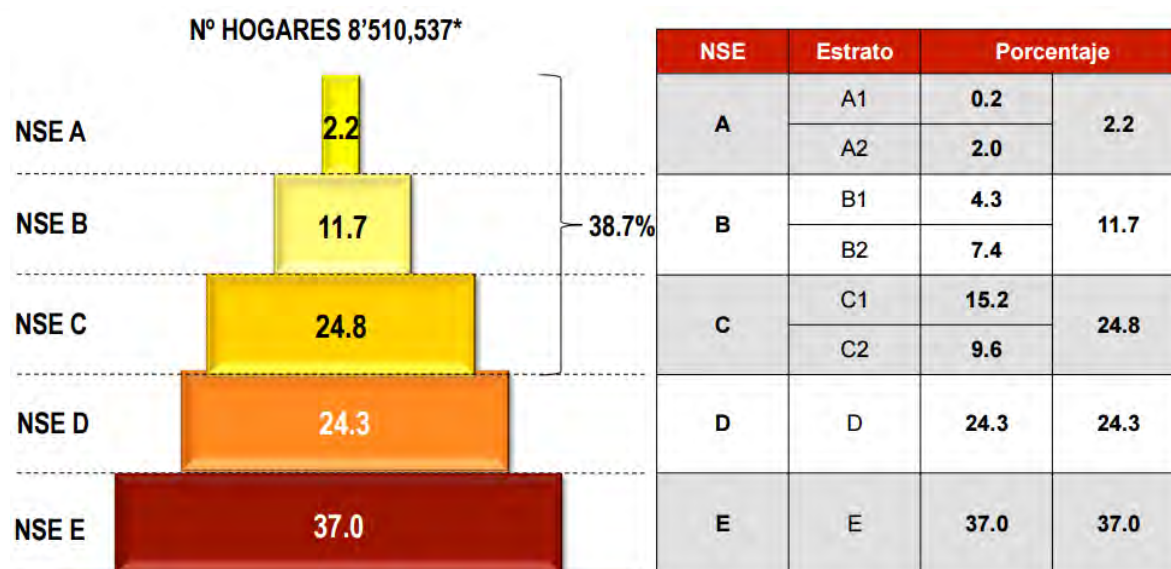


Figura 26. Distribución de hogares según niveles socio económicos del Perú. Tomado de “Niveles Socio Economicos 2016,” por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [APEIM], 2016 en base a los resultado de las estimaciones de la Encuesta Nacional de Hogares [ENAH0], 2015 (<http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nse/APEIM-NSE-2016.pdf>).

De acuerdo a la distribución de gasto, los niveles socio económicos elaborado por la APEIM (2016) indicaron que las familias urbanas y rurales destina un 7% de sus ingresos totales en gastos por salud, 7% en vestimenta, 11% en educación y el 40% en alimentación (ver Figura 27).

Tabla 17

Distribución de Hogares por Niveles Socioeconómicos en las Regiones del Perú 2016

N°	DEPARTAMENTO	HOGARES - NIVEL SOCIOECONÓMICO - URBANO+RURAL (%)				MUESTRA	ERROR (%)*
		AB	B	C	E		
1	Ica	12.8	36.0	36.0	15.2	1407	2.7
2	Arequipa	18.5	29.7	31.9	19.8	1351	2.7
3	Tacna	16.8	29.7	33.1	20.4	1164	3.2
4	Moquegua	20.5	29.8	25.7	24.0	877	3.3
5	Tumbes	7.4	22.9	35.2	34.5	942	3.4
6	Lambayeque	10.8	23.5	30.8	34.8	1384	2.7
7	Madre de Dios	5.1	17.2	32.6	45.1	616	3.9
8	Piura	7.1	18.8	27.6	46.5	1470	2.6
9	La Libertad	9.3	17.6	26.3	46.8	1272	2.8
10	Ancash	7.3	20.4	23.9	48.4	1246	2.9
11	Ucayali	5.5	13.6	31.9	49.4	1134	2.9
12	Junin	7.1	16.8	26.4	49.7	1511	2.7
13	San Martin	5.2	17.3	25.7	51.9	1298	2.8
14	Pasco	2.6	14.7	30.8	52.0	883	3.3
15	Cusco	8.9	12.1	19.9	59.2	1187	2.9
16	Loreto	5.8	15.9	16.7	61.7	1435	2.8
17	Amazonas	2.7	11.2	19.3	66.8	1,183	2.9
18	Huanuco	4.2	11.1	17.2	67.5	1223	2.8
19	Puno	5.5	10.8	15.9	67.8	1078	3
20	Cajamarca	3.2	10.4	18.1	68.4	1299	2.8
21	Ayacucho	2.9	7.3	16.4	73.4	1137	3
22	Apurimac	2.7	6.6	13.3	77.3	947	3.2
23	Huancavelica	0.9	6.2	10.2	82.7	1021	3.1

Nota: Tomado de “Distribución de hogares según los niveles socio económicos en las regiones del Perú,” por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [APEIM], 2016 en base a los resultado de las estimaciones de la Encuesta Nacional de Hogares [ENAHO], 2015 (<http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nse/APEIM-NSE-2016.pdf>).

Asimismo, el incremento del poder adquisitivo de las familias trae consigo el incremento de nuevas enfermedades a causa del los nuevos estilos de vida que van adquiriendo las personas (ver Figura 28) como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades como la diabetes, sobrepeso, obesidad, presión alta son causa de los malos hábitos en el consumo de comida y bebidas. Asimismo el acceso a la tecnología sin seguridad y exposición social a través de las redes sociales trae consigo enfermedades de salud mental como: ansiedad, estrés, depresión.

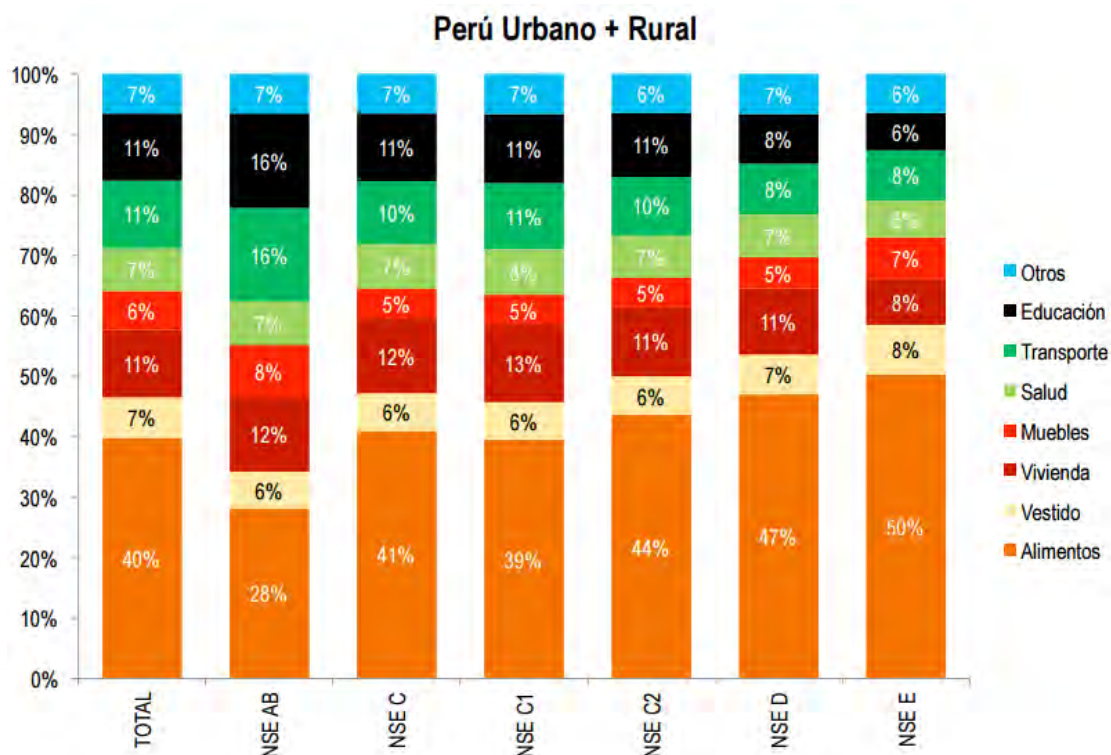


Figura 27. Distribución de gastos según NSE 2015- Perú en hogares urbanos y rurales. Tomado de “Niveles Socio Economicos 2016,” por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [APEIM], 2016 en base a los resultado de las estimaciones de la Encuesta Nacional de Hogares [ENAHO], 2015 (<http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nse/APEIM-NSE-2016.pdf>).

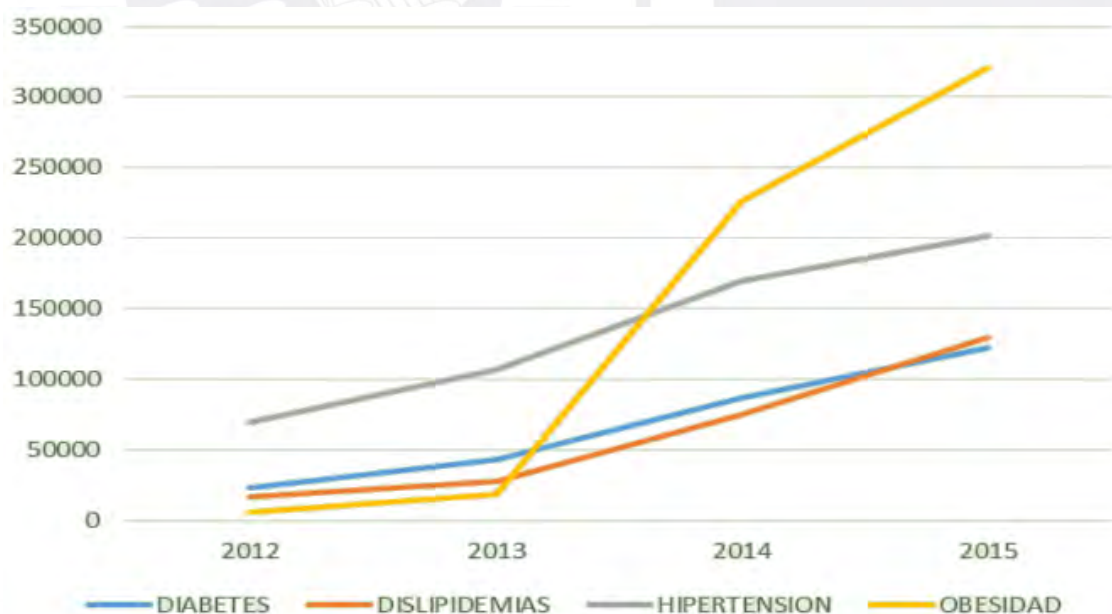


Figura 28. Evolución de enfermedades sociales en el Perú 2012-2015. Tomado de “Guía de operativización Cápita 2016 SIS,” por MINSA, 2016b (http://sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorGREP/archivos/20160311_Gu%C3%ADaOperativizaci%C3%B3nC%C3%A1pita2016.pdf).

Los niveles de pobreza en el Perú, es un factor que repercute directamente en la Salud, pues de ello depende que la población tenga acceso a la salud pública y privada. Cabe resaltar que este indicador va de la mano con los niveles de población económicamente activa. Para efectos de este estudio asociaremos a la pobreza con la tasa de la población con al menos una necesidad básica insatisfecha (ver Tabla 18) ya que la salud es parte de ella.

Tabla 18

Población con al Menos una Necesidad Básica Insatisfecha por Departamentos 2007 – 2015

Departamento	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Estimación	2015		CV (%)
										Inferior	Superior	
Total	30.3	28.9	26.8	23.9	23.3	21.6	20.3	19.7	19.4	18.6	20.2	2.0
Amazonas	68.0	67.1	67.7	64.5	63.3	60.3	57.4	58.3	58.7	53.5	63.7	4.4
Áncash	66.6	68.5	66.9	69.0	54.8	50.0	52.0	50.7	47.4	42.1	52.7	5.7
Apurímac	61.1	60.0	53.6	50.1	47.7	48.4	48.9	47.4	44.2	38.2	50.4	7.1
Arequipa	49.6	49.3	45.7	43.9	43.0	40.0	41.3	40.2	41.7	36.6	47.0	6.4
Ayacucho	48.3	47.5	47.3	47.6	40.7	37.5	39.0	42.1	37.2	31.6	43.1	7.9
Cajamarca	37.2	38.5	34.5	32.0	32.3	29.4	28.2	30.2	30.6	25.1	36.7	9.7
Callao	38.4	36.9	32.8	30.4	28.4	27.7	28.4	26.1	30.2	25.3	35.7	8.8
Cusco	60.1	50.5	44.6	42.3	34.7	33.2	30.2	31.1	27.5	23.1	32.3	8.5
Huancavelica	37.9	36.8	34.2	28.4	29.1	26.3	26.1	23.6	26.9	23.2	30.9	7.3
Huánuco	43.5	41.3	33.2	32.6	31.6	29.6	29.7	30.3	26.8	23.1	31.0	7.5
Ica	46.1	35.5	31.2	27.8	28.9	27.8	26.1	28.4	26.1	22.4	30.2	7.7
Junín	36.5	37.2	34.6	31.3	30.5	28.8	29.0	26.4	25.5	21.7	29.8	8.2
La Libertad	45.1	37.4	37.5	31.2	30.7	29.4	25.7	23.6	25.0	21.5	28.9	7.5
Lambayeque	45.4	39.7	33.0	29.0	31.1	31.7	27.4	28.1	24.9	21.1	29.2	8.3
Lima	33.3	27.6	24.6	21.6	19.2	19.9	15.4	18.7	18.2	14.7	22.3	10.7
Loreto	40.9	38.0	29.9	28.5	24.4	22.8	21.4	17.7	15.9	13.0	19.2	9.9
Madre de Dios	22.5	19.9	18.8	19.0	22.1	19.3	14.4	13.7	15.4	12.4	19.0	11.0
Moquegua	23.6	23.7	20.3	19.1	14.3	16.8	12.7	12.4	14.7	12.0	18.0	10.3
Pasco	37.1	28.7	31.5	24.8	25.1	24.6	20.8	18.2	13.9	10.8	17.7	12.6
Piura	22.5	31.3	22.1	19.4	18.1	14.2	14.0	11.4	12.5	10.2	15.2	10.3
Puno	22.9	19.3	20.0	18.1	18.4	14.5	14.1	13.0	11.3	9.0	14.1	11.6
San Martín	24.4	19.1	16.1	16.7	13.6	14.0	11.2	9.6	10.6	7.9	14.0	14.4
Tacna	17.8	15.3	14.5	14.5	12.0	12.6	8.0	10.5	10.6	8.0	13.8	14.0
Tumbes	13.8	14.7	14.7	11.2	12.9	10.7	10.6	10.4	9.2	8.0	10.6	7.3
Ucayali	14.7	13.2	12.4	10.6	9.6	8.6	8.1	9.9	8.8	6.7	11.7	14.3

Nota: Tomado de “sociales,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017b, Encuesta Nacional de Hogares – 2015 (<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>).

Se deduce que la población incrementó su poder adquisitivo y con ello la satisfacción de sus necesidades básicas, pues hubo una disminución de la población con al menos una necesidad básica insatisfecha. Cabe resaltar que aún se presenta un escenario del 25.5% para la población de la región Junín que tiene por lo menos una necesidad básica insatisfecha, y esto puede estar relacionada con la alimentación, vivienda o salud. Asimismo la Síntesis Estadísticas del INEI (2015e) mostró que el nivel de pobreza en el Perú presentó una disminución de 42.4% del 2007 a 22.7% al 2014, esto referente al dinamismo económico que ha existido en los últimos años que ha traído consigo la creación de puestos de trabajo.

Respecto a la educación, existe una relación directa con la salud pues la educación aumenta el estatus de la mujer, favorece su salud sexual y la protege de la violencia doméstica. También se sabe que las mujeres que contribuyen a los ingresos familiares suelen invertir en el bienestar de sus familias: uniformes y libros escolares, mejores alimentos, letrinas, mosquiteros para protegerse del paludismo, etc. (Organismo Mundial de la Salud, 2010). Los niveles de educación en el Perú tuvieron una mejora en los últimos años, pues la tasa de asistencia a la educación inicial en el año 2010 fue del 68%, mientras que para el 2015 fue 85%, por lo que hubo una proporción igualitaria para la oportunidad de educación en ambos géneros (INEI, 2017b).

Para el caso de la región Junín, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPR) indicó que el 4% de la población de Junín no tiene educación, el 25% tiene una educación primaria, el 43% tiene educación secundaria, el 11% tiene educación superior no universitaria y el 17% tiene educación universitaria (ver Figura 29). En este escenario se puede mostrar que existe un 29% de la población que tiene educación primaria, por lo que forman parte de la población vulnerable de la región por las bajas oportunidades laborales que enfrenta (DEMI, 2016).

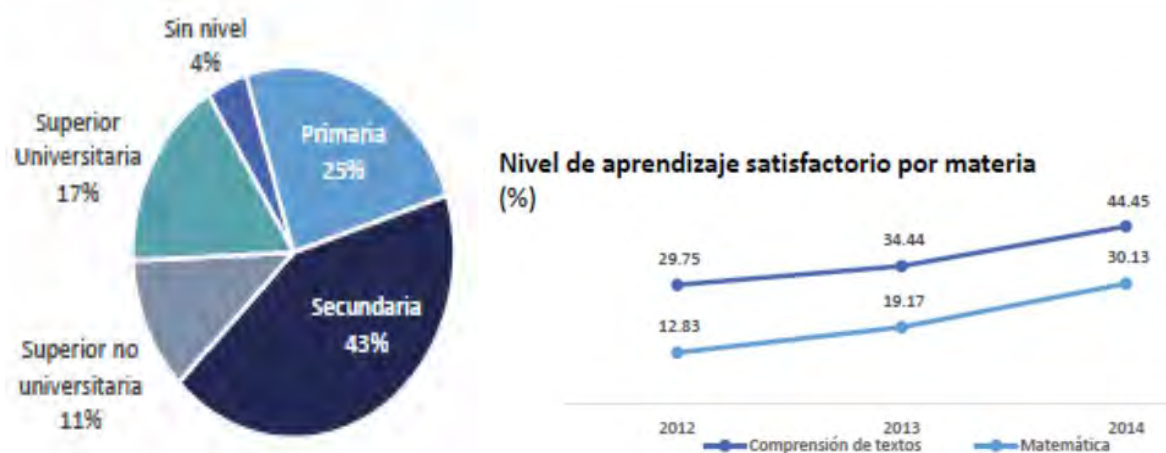


Figura 29. Nivel de educación y aprendizaje por materia en la región Junín, 2015. Tomado de “Junín sumario regional,” por la Dirección de Estudios Económicos de Mype e Industria [DEMI], 2016 (http://demi.produce.gob.pe/Content/files/doc_03/Regionales/Jun%C3%ADn.pdf).

Respecto al nivel de analfabetismos, que es un indicador resultado de la educación, también ha presentado una disminución, pues para el año 2007 la tasa fue del 8.5%, mientras que para el 2015, la tasa fue del 5.7% a nivel nacional (ver Tabla 19). Cabe resaltar que para el año 2015 la tasa de analfabetismo está conformada por más mujeres que hombres con una tasa de 8.6 y 2.8 respectivamente (INEI, 2017b).

Respecto al acceso al servicio de desagüe por red pública de alcantarillado, INEI (2016a) determinó que, en el año 2015, de cada 100 hogares pobres, 35 tenían servicio de desagüe por red pública de alcantarillado dentro de su vivienda, 22 eliminan las excretas mediante pozo ciego o negro/letrina, 21 en pozo séptico y 18 no tienen servicio higiénico, lo que evidencia altos riesgos para la salud de las personas y la salud ambiental de estos hogares. Mientras que, en los hogares no pobres, de cada 100 hogares, 71 eliminan las excretas mediante red pública dentro de la vivienda, cuatro tienen este servicio dentro del edificio pero fuera de la vivienda, siete utilizan pozo séptico, 11 por pozo ciego o letrina, entre otros.

Respecto a los servicios básicos de vivienda, el INEI (2016a) indicó que el 65.7% de los hogares pobres de la población peruana se abasteció de agua para consumo humano proveniente de la red pública dentro de la vivienda, por lo que el resto consume agua de río, acequia o manantial, ocasionando el incremento de enfermedades diarreicas y parasitarias. Respecto al alumbrado público, el 84,0% de los hogares pobres y el 96,0% de los hogares no pobres tienen energía eléctrica por red pública. El 9,8% de los hogares pobres todavía utilizan la vela para alumbrarse INEI (2016a).

Tabla 19

Tasa de Analfabetismo de 15 y más años de Edad por Departamentos del Perú al 2015

Ámbito geográfico	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			C.V (%)
										Estimación	Intervalo de confianza al 95%		
										Inferior	Superior		
Huancavelica	23.6	18.5	18.9	17.1	18.5	16.8	14.9	13.8	15.6	14.3	12.4	16.5	7.2
Apurímac	19.1	19.8	19.9	17.0	16.4	18.3	14.5	15.2	17.1	13.8	12.0	16.0	7.3
Cajamarca	16.4	16.6	17.3	14.5	14.9	14.1	11.8	14.2	13.1	13.1	11.5	14.9	6.6
Huánuco	20.5	17.8	17.2	18.6	18.6	18.0	16.6	16.0	13.4	12.7	10.9	14.8	7.8
Cusco	15.6	12.1	14.3	12.4	12.7	11.0	10.8	11.4	12.7	11.5	9.8	13.6	8.4
Ayacucho	23.0	17.3	16.0	15.0	14.9	14.3	13.8	13.4	12.7	11.5	10.0	13.3	7.3
Áncash	16.5	13.4	12.9	12.4	11.3	11.4	9.9	9.0	9.1	9.5	7.9	11.3	9.0
Puno	14.0	12.9	14.1	13.0	11.7	11.1	10.5	10.0	10.5	9.4	8.1	10.9	7.4
Amazonas	10.8	10.9	9.1	9.7	9.6	9.8	8.8	9.3	9.5	8.6	7.5	9.9	7.3
Loreto	6.9	8.4	8.0	7.7	5.7	7.1	6.9	5.4	5.3	7.7	6.4	9.1	9.0
Piura	11.1	10.8	9.4	8.9	9.4	7.9	7.5	7.9	7.7	7.6	6.5	9.0	8.3
San Martín	8.5	8.6	7.7	7.6	7.0	6.9	6.5	7.7	8.1	6.8	5.7	8.1	8.9
Pasco	9.5	11.2	9.7	8.8	7.5	6.7	6.7	6.2	6.3	6.3	5.2	7.7	9.7
La Libertad	11.0	9.3	8.3	8.3	8.2	7.7	6.7	6.4	6.0	6.0	5.0	7.3	9.4
Lambayeque	7.2	10.4	8.5	8.3	8.4	8.0	6.9	6.4	6.3	5.8	4.8	7.0	9.5
Junín	11.6	11.0	8.3	7.5	7.1	6.5	5.9	5.6	6.6	5.8	4.9	6.8	8.5
Moquegua	6.8	7.5	6.4	5.3	5.4	5.6	4.8	4.7	4.8	4.8	3.8	6.1	12.2
Arequipa	7.5	5.4	5.4	5.3	4.7	5.6	4.2	4.4	4.6	4.7	3.9	5.7	9.4
Ucayali	7.5	7.2	6.1	5.5	5.4	5.3	4.3	5.6	6.0	4.6	3.6	5.9	12.4
Tacna	5.5	3.9	3.4	3.5	4.0	5.4	4.1	3.5	3.4	3.9	3.2	4.7	10.2
Madre de Dios	5.1	3.9	4.1	3.6	4.5	4.1	3.6	3.7	4.2	3.8	2.8	4.9	14.1
Tumbes	4.7	5.2	3.4	3.9	4.2	4.2	3.4	3.5	3.7	3.0	2.3	4.0	14.5
Ica	5.4	4.8	4.2	4.4	4.9	4.0	3.1	3.2	2.7	2.7	2.1	3.5	12.2
Lima	-	3.5	3.8	3.4	3.3	3.2	2.3	2.3	2.5	2.3	2.0	2.6	7.2
Callao	-	2.8	3.5	2.9	2.8	2.3	2.3	2.2	1.9	2.1	1.6	2.7	13.6
Total	9.2	8.5	8.2	7.6	7.4	7.1	6.2	6.2	6.3	6.0	5.7	6.3	2.3

Nota. Tomado de “ Sociales,” por Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017b - Encuesta Nacional de Hogares (<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>).

3.3.4. Fuerzas tecnológicas y científicas (T)

La World Economic Forum (WEF), en su informe The Global Competitiveness Report 2016 – 2017 del ranking mundial, ubica al Perú en el puesto 88 respecto al indicador de preparación tecnológica, mejorando 3 posiciones con respecto al cierre 2015 – 2016, asimismo ocupó el puesto 119 en el indicador de innovación, bajando 3 posiciones con respecto al cierre 2015 – 2016.

La demanda de los medios de comunicación que brinda los servicios de acceso en telefonía móvil e internet va en incremento, pues actualmente existe seis operadores, cuatro con infraestructura propia (Claro, Movistar, Entel, Bitel), dos con la modalidad de alquiler. A pesar de contar más operadores, la Encuesta Nacional de Hogares del INEI (2015e), refleja información de baja cobertura en hogares con acceso a los servicios de comunicación la misma (ver Tabla 20).

La zona rural no tuvo mayor evolución en atención en cobertura móvil e infraestructura, al igual que las regiones naturales sierra y selva. En cuanto la cobertura de la Macro región centro, Junín lidera con 15.4% seguidos por Huánuco con 9.3%, Pasco con 5.9% Ayacucho con 5.3% y Huancavelica con 2.4% con respecto al total de hogares. La disponibilidad de infraestructura adecuada e implementada, teniendo acceso a internet, en equipos móviles, laptops, computadoras mediante el cable de telefonía fija, cable de fibra óptica, y el internet móvil, permite a las empresas tener acceso a la información y conocimientos necesarios para mejorar de la eficiencia en sus servicios, comercio e industria

El Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica - SINACYT es el conjunto de instituciones y personas naturales del país, dedicadas a la investigación, desarrollo e innovación tecnológica (I+D+I) en ciencia, tecnología y su promoción, su participación es importante en el sector salud, ya que aporta al desarrollo de capacidad humanas, adelanto en la medicina y con ello el beneficio en la salud (ver Figura 30).

Tabla 20

Hogares con Acceso al Servicio de Internet, según Ámbito Geográfico 2007 – 2015

(Porcentaje respecto del total de hogares)									
Ámbito geográfico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	6.6	8.6	11.0	13.0	16.4	20.2	22.1	23.5	23.2
Lima Metropolitana 1/ Resto país	14.9 3.1	18.6 4.2	23.4 5.4	25.7 7.3	32.7 9.2	38.7 12.0	41.4 13.2	44.5 14.0	42.4 14.3
Área de residencia									
Urbana	9.1	11.7	14.9	17.4	21.8	26.6	28.9	30.7	30.2
Rural	0.0	0.1	0.1	0.3	0.4	0.8	0.9	1.2	1.0
Región natural									
Costa	10.5	13.5	16.9	19.6	24.9	30.6	33.2	35.3	34.1
Sierra	2.3	3.0	4.5	5.6	6.9	8.8	9.7	10.0	10.5
Selva	1.4	2.2	2.4	3.6	4.4	5.6	6.1	7.8	8.8
Departamento									
Ayacucho	1.3	1.5	3.0	3.5	3.7	6.4	4.9	6.2	5.3
Huancavelica	0.2	0.4	0.7	0.6	1.3	1.7	2.5	2.0	2.4
Huánuco	1.7	2.0	2.6	4.0	5.2	6.9	7.0	8.5	9.3
Junín	2.5	3.2	4.0	5.8	8.2	8.4	11.6	11.5	15.4
Pasco	1.6	2.2	2.6	3.9	2.9	4.3	4.3	5.0	5.9

Nota. Tomado de *El acceso a Internet es un servicio TIC asociado al acceso a tecnología digital*, por INEI, 2017b. Encuesta nacional de hogares 2015.

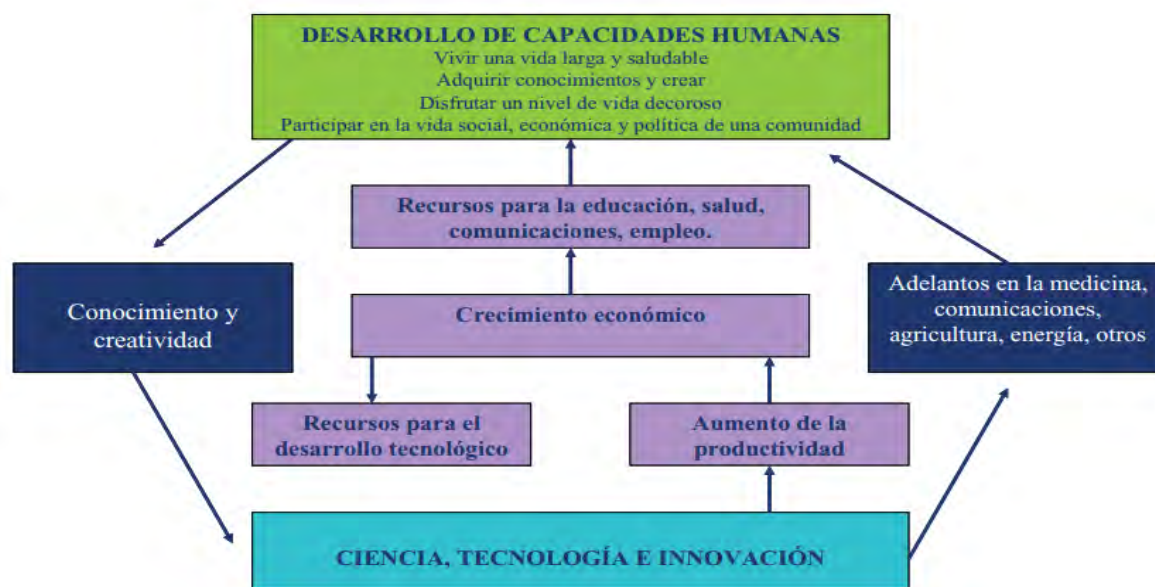


Figura 30. Contribución de la ciencia tecnología e innovación al desarrollo humano.

Tomado de "Informe sobre desarrollo Humano: poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano," por PNUD, 2001

(http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2001_es.pdf).

Actualmente, MINSA tiene ocho aplicativos de plataformas virtuales, entre ellas MSALUD que sirve para encontrar diversos aplicativos relacionados con la salud; INTRANET que facilita la comunicación interna impulsado por el área de recursos humanos; CNV MOVIL que permite consultar información de los recién nacidos vivos como sexo, peso, porque personal fue atendido y en que establecimiento a nivel nacional, regional y distrital; VERANO SALUDABLE que informa sobre la sanidad del litoral del mar peruano, sobre las playas, piscinas y su calidad, este aplicativo es muy importante ya que nos permite prevenir de acudir a playas insalubre y enfermarnos de cualquier enfermedad; DIGESA que permite consultar el registro sanitario de cualquier alimento así como enviar fotos o videos en caso de irregularidad; ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS que facilita la ubicación de los establecimientos farmacéuticos, con información actualizada de los medicamentos; ZIKApp que permite registrar la instalación, seguimiento, cercos de Ovitrapas por parte del trabajador: CHAPA TUS AEDES que facilita el reporte del Dengue, chikungunya, zika y otras enfermedades transmisibles por estos animales.

3.3.5. Fuerzas ecológicas y ambientales (E)

Las fuerzas ecológicas y ambientales son impulsadas por instituciones que luchan por preservar el equilibrio del ecosistema del planeta, alertando sobre los efectos nocivos de la industrialización (como las lluvias acidas y el efecto invernadero), contra la tala de bosques tropicales, la depredación de especies en peligro de extinción, la emisión de gases tóxicos, y el almacenaje de desperdicios radiactivos.

La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en cooperación con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), realizaron una evaluación del desempeño ambiental en el Perú, con el fin de ayudar al país a evaluar los avances logrados en la consecución de sus objetivos ambientales, encontrando que las

condiciones ambientales en el Perú se encuentran relacionadas con: la extracción de materia prima como la minería y el uso de sus derivados, la informalidad de algunas actividades ilícitas como la minería y la tala ilegal; la producción de energía y el incremento de la producción de gas natural con el aumento del parque automotor que ha generado mayores niveles de consumo energético y emisiones sectoriales por combustión. Cabe resaltar que la actividad económica que aporta mayor PBI a la región Junín es la actividad minera, por lo que se encuentra afecta a la evaluación de la OCDE (2016).

El Ministerio del Ambiente [MINAM] (2016a) indicó que a nivel nacional el 32% de las aguas residuales reciben tratamiento, pero recalcó que departamentos como Amazonas, Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín y Ucayali no se realiza tratamiento de aguas residuales. Existen 241 fuentes contaminantes en la cuenca del Río Mantaro de la región Junín, 150 son por saneamiento, 23 residuos sólidos, 31 por pasivos mineros, 15 por la actividad piscícola y los 22 restantes por otros motivos (Autoridad Nacional del Agua, 2015). El uso de fertilizantes nitrogenados y fosfatados por hectárea de tierra arable aumentó a la par del volumen de la producción agrícola. Para 2012, este indicador es inferior al alcanzado por la OCDE y al promedio de América Latina y el Caribe. Cabe resaltar que el 8% del PBI de la región Junín es gracias a la agricultura, por lo que es fuente directa de contaminación de los suelos. Asimismo a deforestación en los bosques húmedos amazónicos del país que incluye a la selva central supera las 113,000 hectáreas anuales, esto se ha producido mayormente en bosques no categorizados, que no cuentan con un sistema de administración o protección (OCDE, 2016).

La producción nacional de gas natural ha aumentado en gran medida durante la última década, lo que ha generado importantes cambios en la composición de la matriz energética, que transitó de ser intensiva en petróleo y sus derivados a estar basada en gas natural, haciendo con ello que muchos vehículo utilicen el gas como combustible de

funcionamiento así como el incremento del parque automotor. El nivel de producción de minerales como: cobre, oro, zinc, plata, plomo y estaño; ha crecido de forma sostenida en el tiempo y en 2013 las exportaciones minerales representaron el 61% (25'545 millones de dólares) de las exportaciones totales del país. Durante 2012 se produjeron 1,252 casos de intoxicaciones por materiales pesados, la mayoría de ellos en los departamentos de Junín y Pasco. Las intoxicaciones principalmente con plomo y sus compuestos, las emisiones y liberaciones del mercurio de la minería artesanal y a pequeña escala son una gran preocupación nacional (OCDE, 2016). Los residuos sólidos municipales en el Perú, se descomponen principalmente en materia orgánica (50.9%), plásticos (10.1%) y residuos peligrosos (8.5%). En 2012, los residuos sólidos no municipales alcanzaron los 11 millones de toneladas a nivel nacional; casi el 98% se relaciona con el sector agrícola, seguido en menor proporción por los sectores de vivienda y salud (OCDE, 2016).

Entre los fenómenos naturales destaca el incremento de las emergencias por heladas, que aumentaron de 73 en 2003 a 413 en 2013 (INEI, 2015d). La población afectada por este fenómeno ha variado, desde 25,708 en 2003 hasta 280,930 en 2013. Las poblaciones con mayor afectación son las que se ubican en las zonas alto andinas (OCDE, 2016). Durante el año 2017, se enfrentó un Fenómeno natural llamado “El Niño” que afectó principalmente a la región norte y centro del Perú con el aumento masivo de lluvias y huaycos que ha traído consigo enfermedades por cambio climáticos y gastrointestinales.

3.4. Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)

Para la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), se obtiene un valor dentro de una escala comprendida entre 1 y 4, que representa el grado de respuesta que tiene el sector analizado con el entorno de la industria (D'Alessio 2015). Para el caso del sector salud de la región Junin, el factor que se ha determinado luego del análisis es 2.42 (ver Tabla 21), dicho resultado permite concluir que el sector está no está respondiendo bien a

las oportunidades y está tratando de contrarrestar a las amenazas.

Tabla 21

Matriz de Evaluación de los Factores Externos (MEFE)

Factores Claves de Éxito	Peso	Valor	Ponderación
Oportunidades			
1 Sistema Integral de Salud (SIS) financia a la DIRESA Junín para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención.	0.06	4.00	0.24
2 El MEF proyecta una variación porcentual del 3% del PBI nacional para el año 2017 con tendencia a crecimiento para los siguientes años. El PBI de la región Junín ha presentado mayor crecimiento porcentual en los últimos años (INEI, 2015b).	0.05	2.00	0.10
3 Países desarrollados y organismos internacionales cooperan bilateralmente con el Perú para el desarrollo de sectores críticos como la salud con asesoría, fondos y becas.	0.05	2.00	0.10
4 Programas nacionales de inclusión social vinculadas con el sector salud.	0.06	1.00	0.06
5 Incremento en la oferta de profesionales y técnicos de la salud.	0.06	2.00	0.12
6 Cobertura de internet y banda ancha a nivel nacional y regional.	0.06	3.00	0.18
7 Implementación de aplicativos virtuales por parte del MINSA para el desarrollo, seguimiento y control de información.	0.06	2.00	0.12
8 Municipalidades apoyan con recursos al primer nivel de atención de su jurisdicción.	0.05	2.00	0.10
Total de oportunidades	0.45		1.02
Amenazas			
1 El presupuesto nacional asignado al SIS está disminuyendo desde el año 2016 perjudicando el fondo asignado a la DIRESA Junín.	0.05	2.00	0.10
2 Cambio de gestión administrativa en el sistema de salud por elecciones regionales y nacionales.	0.05	2.00	0.10
3 Transición poblacional para el año 2025 y 2050 con el aumento de la población infantil y longeva.	0.05	3.00	0.15
4 Incremento de la tasa de enfermedades cardiovasculares, infecciones y sociales (transición epidemiológica) en la población urbana.	0.05	3.00	0.15
5 Incremento de universidades sin licencia para carreras profesionales de la salud.	0.05	2.00	0.10
6 El gobierno nacional no promueve el nombramiento público para el personal de salud.	0.05	3.00	0.15
7 Riesgo en salud sanitaria en hogares pobres y extrema pobreza por no contar con servicio básicos y sanitarios. INEI (2015).	0.05	2.00	0.10
8 Riesgo de intoxicaciones por la actividad minera. MINAM (2014).	0.05	3.00	0.15
9 Población de las zonas alto andinas afectadas por el incremento de fenómenos naturales como las heladas y lluvias intensas. OCDE (2016).	0.05	3.00	0.15
10 Corrupción en los distintos niveles de la estructura burocrática del sistema público y privado de salud.	0.05	2.00	0.10
11 Oferta de escalas remunerativas bajo la modalidad CAS por parte de las aseguradoras de salud público y privado.	0.05	3.00	0.15
Total de amenazas	0.55		1.40
Total	1.00		2.42

Nota. Valor: 4. Responde Muy bien, 3. Responde bien, 2. Responde promedio, 1. Responde mal.

3.5. El primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín y sus competidores

Las cinco fuerzas de Porter permite hacer un análisis competitivo, determinar la estructura y atractividad de la industria donde el sector compite y desarrollar estrategias para muchas industrias (D'Alessio, 2015). El análisis de las condiciones competitivas e industriales es el punto de inicio para evaluar la situación estratégica y la posición de una organización en el sector, así como los mercados que lo componen (ver Figura 31) .

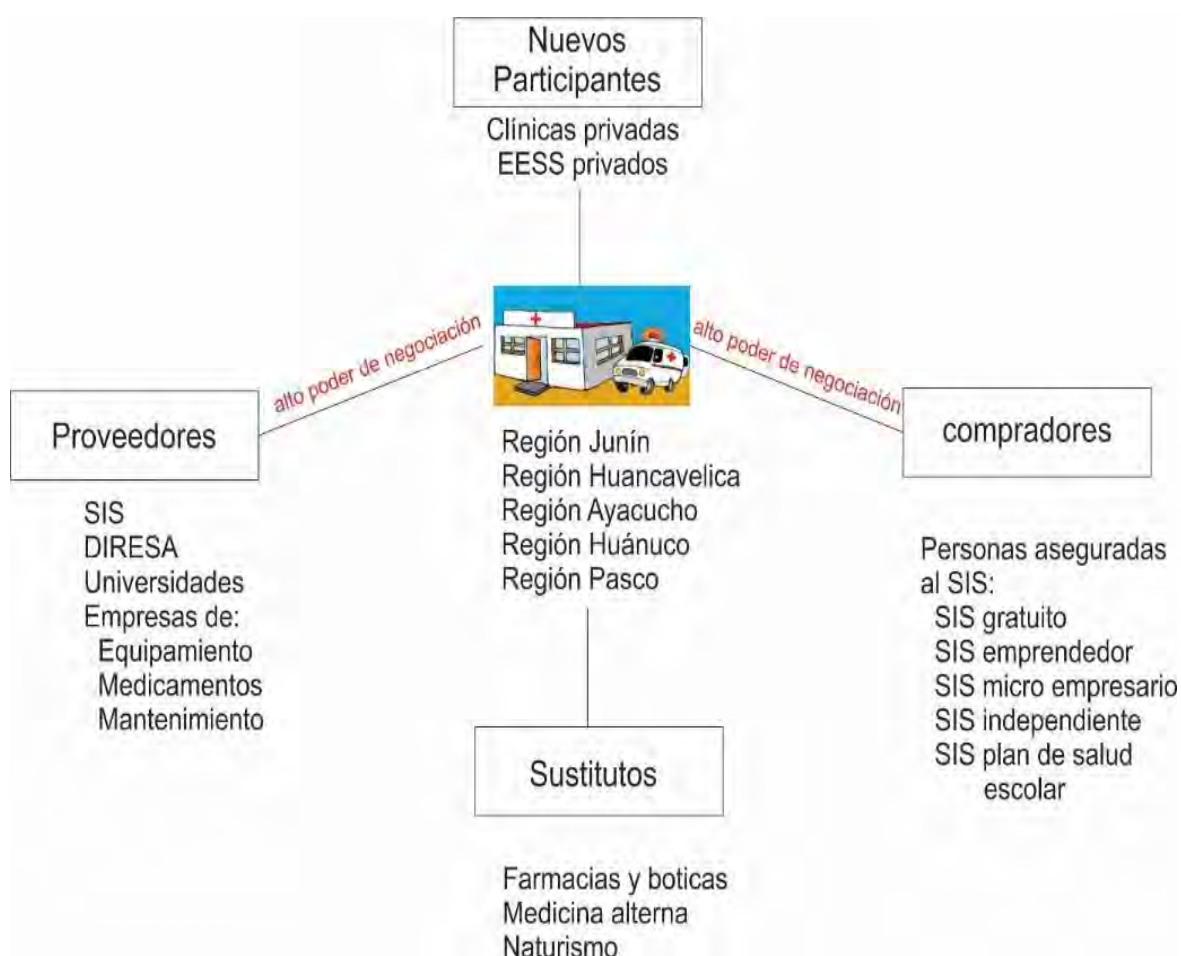


Figura 31. Cruz de Porter del primer nivel de atención pública del sector salud Junín. Adaptado de *Las cinco fuerzas competitivas que modelan la estrategia*, (p. 31) por M. Porter, 2009. Ser Competitivo,. Deusto.

3.5.1. Poder de negociación de los proveedores

El Sistema Integral de Salud (SIS) es el proveedor para el financiamiento de los servicios de salud pública a nivel preventivo en los puestos y centros de salud, para lo cual,

el SIS solicita el cumplimiento de una serie indicadores de morbilidad, desempeño y eficiencia en cada establecimiento de salud para que éste pueda completar el pago Capita bajo el convenio firmado con la DIRESA Junín, por lo que, su poder de negociación es alta, ya que si la DIRESA Junín no cumple con las especificaciones al fin de año, éste no recibe el total del presupuesto asignado.

La Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA Junín) es el proveedor de infraestructura, mantenimiento, recurso humano y gestión para otorgar el servicio de salud pública en el primer nivel de atención, este órgano es el encargado de promover e implementar los puestos y centros de salud con equipamiento en la región; también se encarga de realizar la evaluación, verificación y mantenimiento de la infraestructura sanitaria, ejecutan proyectos de infraestructura de ampliación y/o mejoramiento de la infraestructura. Su poder de negociación es alta, ya que los centros y puestos de salud dependen directamente de su gestión. Cabe resaltar que los centros de salud que están consideradas unidades ejecutoras, son independientes en los manejos de sus fondos, recursos e infraestructura.

Las universidades e institutos con carreras profesionales de salud, son los proveedores de recurso humano para que puedan trabajar en el primer nivel de atención pública en la región Junín, su poder de negociación es alta, ya que ellos son los que educan y forman a los profesionales para que puedan ser productivos, eficientes y formados en base a las nuevas exigencias de la población.

Respecto a la guía de proveedores para la salud, según el Diario Médico (2015), existen un total de 183 proveedores de equipos médicos, 05 proveedores de arquitectura e infraestructura, 05 de logística sanitaria. Para que estos proveedores puedan proveer a las instituciones públicas del MINSA y de la DIRESA Junín, se rigen en base a la Ley 30225 de contrataciones con el Estado, por ello el poder de negociación con los proveedores

es baja, ya que estos recursos son directamente gestionados y contratados por el MINSA.

Respecto a los proveedores de medicamentos, el gobierno nacional a través del MINSA es quien se encarga de recibir los requerimientos de los centros y puestos de salud a través de sus redes de salud. En el caso de realizar una compra institucional, la red de salud es la que se encarga de gestionar la licitación pública bajo los lineamientos de la contratación con el Estado, cabe resaltar que la compra de medicamentos es solo para aquellos medicamentos y equipos médicos que no se realizaron en la compra nacional y regional. A partir de ello, se muestra que los centros y puestos de salud tienen una bajo poder de negociación con los proveedores de medicamentos, ya que su baja capacidad resolutive no les permite.

3.5.2. Poder de negociación de los compradores

Los compradores o pacientes del sector salud de la región macrocentro del país, son personas naturales que demandan un seguro de salud para su atención médica en el primer nivel de atención. Existen diversas modalidades para que una persona pueda acceder a los servicios del SIS en el primer nivel de atención, y esto se realiza en base a diferentes tipos de seguro como: el SIS gratuito para la población vulnerable y pobre sin ninguna aportación económica; SIS emprendedor para personas naturales que aporten al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) con S/20 soles mensuales; SIS microempresa donde los empleadores aportan S/.15 al SIS por cada trabajador que tenga, SIS independiente con aportes mensuales desde S/.39 hasta S/. 115 soles mensuales; SIS plan escolar para los estudiantes de nivel inicial y primaria sin aportes económicos (SIS, 2017b).

El poder de negociación de los compradores es alta, pues el pago capita del SIS depende del cumplimiento de los indicadores de morbilidad y desempeño de su jurisdicción, por lo que los usuarios del servicio necesitan recibir la atención inmediata, con medicina gratuita y oportuna en el centro y puesto de salud que le corresponda.

3.5.3. Amenaza de los sustitutos

La ineficiencia y escasa cobertura de salud pública y los altos precios del sector privado, generan que los pacientes acudan a farmacias y soliciten atención para sus problemas de salud, con el apoyo de un químico o técnico farmacéutico, según el Instituto Cuánto (2013) el 30.4 % de la población compraron medicamentos sin receta médica.

La medicina alternativa, los curanderos y chamanes, ofrecen soluciones a los pacientes en sus diferentes enfermedades, forman parte de la diversidad de servicios de salud, además de ser accesible a la población rural por cuestiones sociales y culturales.

3.5.4. Amenaza de los entrantes

El sector privado a través de clínicas o centro y puestos de salud privado podrían ingresar al sector a través de servicios de medicina preventiva a bajos costos para usuarios en sus diferentes niveles socioeconómicos, cabe resaltar que ellos cuenta con infraestructura, equipamiento y profesionales de la salud. En caso de las EPS, que es un seguro complementario que presta servicios de atención especializada, hospitalarias y de emergencia, genera que los pacientes sean atendidos de manera rápida y constante, estas EPS pueden direccionarse al primer nivel de atención, buscando un acuerdo con el SIS para tener un financiamiento y pueden acceder más pacientes a un seguro con atención en el primer nivel de atención. Cabe resaltar que el SIS los podrían tomar como proveedores para la atención de sus pacientes asegurados, a través del financiamiento para la prestación del servicio.

3.5.5. Rivalidad de los competidores

Los competidores del primer nivel de atención pública del sector salud en la region Junín son las siguientes: Región de Huancavelica, Huánuco, Ayacucho y Pasco. Estas regiones que por sus características similares en morfología, actividad económica y ubicación en el centro del Perú, forman parte las macro regiones del centro del Perú.

Asimismo, el SIS considera a las cinco regiones como la zona macro centro para el análisis de sus indicadores nacionales de morbilidad, pago cápita (estructura, proceso, resultado) y desempeño. Para la región Junín, el desempeño 2014 no se ha mostrado eficiente en comparación de las demás regiones (ver Tabla 22), mientras que la región de Ayacucho es ha presentado mayor desempeño frente a los indicadores del SIS en los tres últimos trimestres del año 2014, mientras que Huánuco y Pasco no han mostrado un buen desempeño, lo que ha generado un reducción en el pago capita para el cierre del año 2014.

Tabla 22

Resultados de la Evaluación del Indicador Capita de las Regiones Macrocentro, 2014

Región	2014		
	I trimestre	II trimestre	III trimestre
Junín	25%	25%	44.44%
Ayacucho	88%	88%	88.89%
Huancavelica	88%	50%	66.67%
Pasco	13%	13%	11.11%
Huánuco	38%	25%	11.11%

Nota. Tomado de “Negociación de Indicadores Prestacionales Cápita 2015 y Convenio Cápita 2014,” por Seguro Integral de Salud, 2017 (http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorGREP/archivos/20150206_NegociacionindicadoresPrestacionalesCapita2015.pdf y https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiO9L_CxNXUAhXJ5SYKHXi9CcMQFggxMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.sis.gob.pe%2Fipresspublicas%2FmiradorGREP%2Farchivos%2F20140815_ConvenioCapita2014.ppt&usg=AFQjCNFiteazcMP6XSJluEjNkadBvNldzA).

Respecto al número de establecimientos por macro regiones, cada establecimiento de salud es distribuida por regiones y categorías de atención (ver Tabla 23). Asimismo, la región Junín es quien posee el mayor número de establecimientos de salud de la categoría I-1 y I-2 respecto a las demás regiones del macro centro, así como la región Ayacucho es quien presenta el mayor número de establecimiento I-4. Respecto a la eficiencia y productividad de los establecimientos de salud, de acuerdo a la Nota de Prensa N° 90 -2016-

CG/COM de la Contraloría General de la República del Perú indicó que realizó visitas a número determinado de puestos y centros de salud de las regiones del Perú, por lo que ha encontrado que la mitad de las postas médicas no cuentan con personal de salud mínimo para atender pacientes.

Tabla 23

Establecimientos por Redes de Salud a Nivel Primario de la Macroregión Centro, 2015

Región	I-1	I-2	I-3	I-4	Total
Junín	283	131	53	11	478
Huancavelica	274	68	50	9	401
Ayacucho	274	43	48	13	378
Huánuco	148	99	49	4	300
Pasco	194	38	10	10	252

Nota. Tomado de “RENIPRESS - Registro Nacional de Institución Prestadora de Salud - IPRESS,” por la Superintendencia Nacional de Salud, 2017 (<http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>).

De acuerdo a la Nota de Prensa N° 90 -2016-CG/COM de la Contraloría General de la República del Perú, el 76% de los establecimientos de la región Ayacucho han mostrado la falta de publicación de la cartera de servicios, el 65% de los establecimientos de Huancavelica mostraron la ausencia del personal de la salud en la cantidad mínima requerida, el 60% de los establecimientos de Huánuco mostraron carencia de medicamento e insumos esenciales para obstetricia neonatal primaria. Asimismo, el 88% de los establecimientos de Ayacucho tenían substock de medicamentos e insumos médico prioritario, el 100% de los establecimiento visitado en Ayacucho y Junín carencian del equipo médico mínimo requerido, el 58% de establecimientos visitados en Pasco tenían la falta de servicios básicos y 63% de establecimientos visitados en Huánuco carecían de unidades asistenciales mínimas (ver Tabla 24).

Tabla 24

Resultado de la Contraloría de la República del Perú sobre los Puestos y Centros de Salud, 2016

Departamento	La falta de publicación de la cartera de servicios	La ausencia del personal de la salud en la cantidad mínima requerida	Carencia de medicamento e insumos esenciales para obstetricia neonatal primaria	substock de medicamentos e insumos médico prioritario	Carencia del equipo médico mínimo requerido	Tenencia del equipamiento médico inoperativo	Falta de servicio básicos	Falta de unidades asistenciales mínimas
Ayacucho	76%	36%	12%	88%	100%	52%	28%	42%
Huánuco	67%	45%	60%	38%	88%	51%	10%	63%
Pasco	47%	55%	19%	30%	75%	50%	58%	35%
Huancavelica	48%	65%	40%	77%	72%	49%	51%	35%
Junín	36%	47%	32%	71%	100%	49%	27%	60%

Nota. Tomado de “Nota de Prensa N° 90 -2016-CG/COM,” por la Contraloría General de la República del Perú, 2016 (http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284/NP_90_2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284).

Respecto al recurso humano contratado por el MINSA y los gobiernos regionales (ver Tabla 25), se muestra la modalidad de contrato que tienen frente a sus trabajadores y el total de personas empleadas por región. La región Junín abarca al mayor número de profesionales contratados para el MINSA y el gobierno regional en sus distintos niveles de atención de salud. Asimismo, la región Junín es el que tiene al mayor número de personas nombradas bajo el régimen 276 con el 60.94% del número total de contratados y al 27.91% bajo el régimen CAS. El segundo lugar lo ocupa Ayacucho con un total de 5311 personas contratadas, de los cuales el 39.77% se encuentran nombrados bajo la régimen 276 y el 30.61% bajo la modalidad CAS.

Tabla 25

Modalidad de Contrato del Recurso Humano en las Regiones Macrocentro del Perú, 2015

	Junín		Ayacucho		Huancavelica		Huánuco		Pasco	
Régimen 276										
Nombrado	3779	60.94%	2466	39.77%	1269	20.46%	1942	31.32%	829	13.37%
Destacado	13	0.21%	179	2.89%	12	0.19%	96	1.55%	7	0.11%
Contratado 276	178	2.87%	260	4.19%	261	4.21%	108	1.74%	75	1.21%
SERUMS	459	7.40%	449	7.24%	382	6.16%	431	6.95%	227	3.66%
Residente	0	0.00%	4	0.06%	0	0.00%	3	0.05%	0	0.00%
Régimen 1057 CAS	1731	27.91%	1898	30.61%	1529	24.66%	1861	30.01%	502	8.10%
Régimen 728										
Servicio de Terceros	0	0.00%	40	0.65%	41	0.66%	214	3.45%	0	0.00%
No específica	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	6201		5311		3503		4858		1651	

Nota. Tomado de “Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015,” por la Dirección General del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA, 2015 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3444.pdf>).

Respecto a la densidad de recursos humanos por cada 10,000 habitantes para el primer nivel de atención del personal contratado por el MINSA y gobierno regional (ver Tabla 26), se muestra la cantidad de población afiliada al SIS así como los que no cuenta con un tipo de seguro frente a la disponibilidad de recurso humano para su atención. La región Junín tiene la menor densidad de recurso humano frente a las demás regiones del macro centro, siendo un problema ya que la región Junín tiene el mayor número de población afiliada al SIS, por lo cual no tiene el recurso humano suficiente para su atención. El primer lugar ocupa la región Ayacucho con una densidad de 26.75, es decir que por cada 10,000 habitantes existe 26 profesionales de salud para su atención.

Respecto a los profesionales de salud como médicos, enfermeros y obstetras distribuidos en el 1er nivel de atención a través de sus cuatro categorías, se aprecia que Junín y Huánuco presentan el mayor número de médicos, los cuales son concentrados en la categoría I-2 de atención (ver Tabla 27).

Tabla 26

Densidad de Recurso Humano en el Primer Nivel De Atención de la Macroregión Centro, 2014-2015

Región	Disponibilidad de RHUS 1er nivel ^a	2014		2015		
		Población MINSAs ^b	Densidad	Disponibilidad de RHUS 1er nivel	Población MINSAs	Densidad
Ayacucho	1501	597835	25.11	1617	604425	26.75
Huancavelica	1230	433687	28.36	1189	436940	27.21
Huánuco	1904	729135	26.11	1870	734515	25.46
Junín	1754	1038953	16.88	1537	1046483	14.69
Pasco	544	224340	24.25	528	225952	23.37

Nota. Tomado de “Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015,” por la Dirección General del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSAs, 2015. La densidad de recurso humano se calcula por cada 10,000 personas. (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSAs/3444.pdf>).^a Considera a médicos, enfermeros y obstetras. ^b Población afiliada al SIS así como los que no cuenta con ningún tipo de seguro.

Tabla 27

Profesionales por Categorías en el Primer Nivel de Atención de la Macroregión Centro del Perú, 2015

	Categoría del 1er nivel de atención				Total
	I-1	I-2	I-3	I-4	
Médicos					
Junín	27	116	91	70	304
Ayacucho	25	41	93	46	205
Huancavelica	18	60	99	40	217
Huánuco	23	104	125	52	304
Pasco	36	28	17	15	96
Enfermeros					
Junín	128	146	166	128	568
Ayacucho	244	81	186	98	609
Huancavelica	171	73	119	63	426
Huánuco	139	175	298	94	706
Pasco	63	39	30	43	175
Obstetras					
Junín	101	116	115	83	415
Ayacucho	124	50	157	96	427
Huancavelica	115	59	111	49	334
Huánuco	135	165	237	60	597
Pasco	61	34	25	43	163

Nota. Tomado de “Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015,” por la Dirección General del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSAs, 2015 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSAs/3444.pdf>).

Referente a los enfermeros, Huánuco presenta el mayor número de profesionales respecto a las demás regiones, y estos son concentrados en las categorías I-2 y I-3 de atención. Finalmente, respecto a los obstetras, la región Huánuco es quien lidera con el número de profesionales, y los concentra en las categorías I-2 y I-3 de atención. Por lo que se demuestra que la región Huánuco es quien lidera con las cantidad de profesionales de salud en el 1er nivel de atención.

3.6. El primer nivel de atención pública en salud de la región Junín y sus Referentes

Para la Matriz del Perfil Referencial (MPR), se analizó la información sobre el sistema de atención primaria pública de países como Cuba, Chile, España y Canada. A continuación, un explicación de cada una de ellas:

Sistema de salud primario de Cuba. La Organización mundial de la Salud OMS (2014), da como referencia de todos los países el sistema nacional de salud pública de Cuba, por la eficiente atención sanitaria que se ha venido implementando pese a los recursos limitados, el gobierno ha priorizado la salud y educación en todos los niveles, especialmente en la atención preventiva priorizando la atención primaria de Salud siendo su principal estrategia para hacer de este país un modelo según la OMS que compara sus resultados con los países desarrollados como Canadá y España. Los médicos perciben mayores salarios haciendo de esta una profesión atractiva para cualquier joven, ya que también les da la posibilidad de mejorar su situación al salir de la Isla, por motivo de servicio a la comunidad al que también se le denomina “misiones”.

La política de salud es la de dar asistencia a la familia con un médico y una enfermera que se encarga de la salud de todos los integrantes, cubriendo con ello el 90% de la población atendida constituyendo esta estrategia la piedra angular de todo el sistema de salud. (Gonzales, 2014, p. 40)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2014)

manifiesta que los programas que han sido priorizados son el materno infantil, enfermedades transmisibles, adulto mayor, enfermedades crónicas no transmisibles, atención integral de urgencias entre otros. La densidad sanitaria es 8.2 enfermeras por cada 1000 habitantes, 4.1 médicos por cada 1000 habitantes, 1.2 estomatólogos por cada 1000 habitantes. En cuanto a la formación de profesionales en Salud cuenta con las Escuela Latinoamericana de medicina que es reconocida internacionalmente y que acoge estudiantes de 122 países latinoamericanos, caribeños, Estados Unidos, África, Asia y Oceanía. El gasto total destinado a la salud del PBI es de 11.1% al 2014 frente a un 4.4% que destina el Estado peruano en salud.

Sistema de salud primario de Chile. Según la Organización mundial de la salud en Latinoamérica [OMS] (2014), Chile tiene uno de los mejores sistemas de salud públicos así lo muestran las estadísticas considerando uno los principales indicadores la esperanza de vida al nacer de la población que alcanza los 77 – 83 años de vida y la probabilidad de morir antes de los cinco años de edad que es de 8 por cada 1000 habitantes. El gasto que este país destina a cubrir su sistema sanitario es de 7.8% del PBI. El gasto total que destina el gobierno para atención sanitaria por habitante es de \$ 1,749 dólares anuales, cifras registradas en el 2014 comparadas al Perú que gasta \$ 656 dólares por habitante. La estructura organizacional está compuesta por FONASA Fondo Nacional en Salud. SNSS (Sistema Nacional de Servicios en Salud) que consta del 70% Red de Salud de Servicios Regionales y Sistema Municipal de atención primaria. La densidad sanitaria es de 9 médicos por cada 1000 habitantes. 4 enfermeras por cada 1000 habitantes.

El sistema de salud primario de España. El gasto del sistema sanitario Español representa el 8.9% del PIB (6.34% gasto público y 2.53% privado). El gasto per cápita asciende a 1.974 euros por habitante, según el último dato disponible correspondiente al año 2013. El modelo sanitario se divide en dos niveles: (a) atención primaria y (b) atención

hospitalaria, con atención universal de todos los ciudadanos, todo el sistema sanitario es administrado por el Sistema Nacional de Salud, con financiamiento a través de impuestos. Dentro de la atención primaria se ubica la atención de medicina familiar comunitaria donde el médico lleva la atención personalizada desde atenciones simples a complejas, si fuese el caso, se eleva o refiere los casos de salud a nivel Hospitalario con la especialidad y centro de atención recomendada, pero el médico de familia no abandona a su paciente que es parte de la familia. El proceso asegura que el 80% de casos de salud se resuelvan en dicho nivel. Cada ciudadano tiene una tarjeta sanitaria dependiendo del lugar donde vive, ello permite al derecho de atención sanitaria caso contrario están en el deber de pagar el servicio por no demostrar la cobertura, también optimiza el proceso de las recetas digital, y control de vacunaciones.

Todo paciente por la accesibilidad, es asistido primero por el nivel de atención primario, por eficiencia y productividad es mejor la asistencia con patologías de entrada para nivel primario que para el hospitalario. La capacidad de gestión asistencial de atención primaria, favorece a los centros de asistencia con mejor resultados de productividad, observando el trato y nivel de satisfacción del paciente. La Asociación España Salud tiene como objetivo en mejorar la educación y la prevención sanitaria en promoción de los hábitos saludables, conocimiento de las ciencias de la salud y la investigación que tiene el reto final de contribuir a la disminución de la incidencia de las enfermedades más frecuentes la sociedad actual. España Salud promociona y desarrolla proyectos innovadores encaminados a difundir el conocimiento de las ciencias de la salud, formar a la población general dando a conocer y promocionar los hábitos de vida saludables y optimizar la utilización de los recursos disponibles.

El Sistema Naciones de Salud [SNS] optimiza sus procesos de control a través de tres instrumentos con un fuerte componente de tecnologías de la información: (a) La Tarjeta

Sanitaria Individual, constituyen el sistema normalizador de identificación de los usuarios del SNS y permite el acceso a los datos clínicos y administrativos de cada persona. Para ello, cada persona protegida por el SNS dispone de un código de identificación personal único y vitalicio, (b) Sistema de Historia Clínica Digital, se encuentra en soporte electrónico de manera generalizada para su uso dentro de cada Servicio de Salud autonómico. El sistema de interoperabilidad de Historia Clínica Digital del SNS permite a los pacientes y a los profesionales sanitarios autorizados, acceder a la información clínica relevante generada en cualquier Servicio de Salud del SNS, y (c) Sistema de Receta Electrónica, dentro de las comunidades autónomas es casi total en atención primaria y está alcanzando su extensión completa en atención especializada. El proyecto de interoperabilidad de receta electrónica del SNS permitirá que la dispensación de medicamentos se lleve a cabo en cualquier lugar del Estado, independientemente de la comunidad autónoma origen de la prescripción.

Sistema de salud primario de Canadá. La ley de salud de Canadá está basada en cinco principios importantes: todo el sistema de salud es administrado de forma pública y sin fines de lucro, el sistema privado de salud no puede competir con el sistema público en los servicios primarios, Exhaustiva, acceso gratuito a todos los servicios del sistema de salud en todas las aseguradoras (públicas y privadas), cubriendo urgencias, tratamiento de enfermedades, revisiones médicas anuales, atenciones complejas cáncer y cirugías de alta complejidad como colocar miembros amputados, ataques cerebrales, ataques cardíacos, incluyendo la cobertura de medicamentos y rehabilitaciones, uno de los servicios que no cubre es el odontológico pero la mayoría de los seguros lo cubren como mínimo al 80%. El tercero es referido a la universalidad, todo ciudadano Canadiense y residentes permanentes, tienen a los mismos derechos. El cuarto es la portabilidad, los pacientes que requieren una atención médica, tienen la libertad y derecho de elegir a su médico en la clínica, hospital, en la región que se encuentren sin ningún tipo de permiso. Es uno de los únicos sistemas que

protege a sus ciudadanos fuera del país. El último punto, quinto, es accesibilidad, acceso razonable a los servicios de atención de salud con acceso razonable a los servicios médicos, la gratuidad ha causado una larga espera para la atención e inclusive para las urgencias primarias.

Cada Estado tiene la independencia de organizarse su sistema de salud de la formas más conveniente, la cual crea autonomía. El presupuesto se distribuye 30% en hospitales, 16% medicamentos, 15% médicos con una población de 4% de médicos de toda la población canadiense. El financiamiento es 70% de público y 30% del privado. La calidad de salud es medida por tres indicadores con resultados finales: (a) vida, bienestar general, y expectativa de vida, (b) mortalidad prematura e infantil y (c) autopercepción de salud preventiva. Los gastos en salud han aumentado, dando una preocupación al gobierno Canadiense, y por experiencia del gobierno Canadiense, poner más financiamiento no asegura mejores resultados o mejoras en salud. El sistema de salud debe dar valor con sostenibilidad con balance para satisfacer las necesidades del individuo y la salud de población, sin comprometer el estado de salud de las futuras generaciones.

La eficiencia está dada de hacer más con menos, Canadá ha logrado dicha eficiencia buscando que el sistema de salud de valor en prevención de enfermedades, es decir controlando los riesgos controla la demanda por salud, mejora del diseño de la estructura y su interacción, modelos de financiamiento buscando el comportamiento del sistema de salud, innovación y rol de las tecnologías, desarrollo óptimo de los recursos humanos, estrategias de iteración entre los sectores educación, medio ambiente, economía. Todo los principio da lugar servicio dan lugar a servicios adecuados.

Canadá promueve la atención primaria de salud, invirtiendo en equipos de salud en cada estado, con incentivos a sólo médicos que puedan trabajar e ir en grupos a los Estados con muchas especializadas, con horario de atención alargadas, el gobierno puso la pauta con

registros médicos electrónicos, estos equipos llevan el seguimiento en los programas médicos a los pacientes en diabetes, cardiovascular, asma.

Lo más importante es el seguimiento y acompañamiento a pacientes con enfermedad crónica, por ejemplo, llevando el control de la dieta para diabéticos, control de presión arterial de cada uno de los pacientes y llevando un control de actualizado en línea de su historia clínica, con resultados. Los equipos buscan constantemente mejora en los procesos de calidad con el valor humano profesional, médico, enfermeros, farmacéutas, trabajadoras sociales, nutricionistas. El gobierno de Canadá para el financiamiento en el nivel primario de salud, se basa y adopta paquetes identificados en mejora de procesos en calidad, mejoras estándares como practica permitiendo el rediseño de procesos clínicos para mejores resultados, mejoras de las prácticas de codificación y evaluación de los costos de los procedimientos, costo de tener la variedad de servicio en el Estado. Las clínicas o centros de atención primaria tienen la flexibilidad para el rediseño de sus procesos y sus mejores prácticas, siempre monitoreados por el gobierno esperando el resultado el mismo o mejor de lo esperado, dependiendo de la eficiencia el gobierno incentiva con mayor o menor financiamiento.

Por otro lado la optimización de los Recursos Humanos por no contar con profesionales en salud especializada, las enfermeras con maestría prescriben con limitaciones de nivel primario sin la necesidad que el médico intervenga como zonas rurales, asistentes médicos con entrenamiento quirúrgico en emergencias la misma que tiene un crecimiento, ellos si trabajan bajo la directiva de un médico, farmacéuticos clínicos trabajan directamente con los médicos y control de los medicamentos de los pacientes, consejero de salud mental que no se da abasto, educadores, navegadores del sistema de salud en seguimiento a los pacientes. Una de las tecnologías que apoya en las zonas rurales es el desarrollo de la Tele Salud llevando de esa forma los especialistas.

Finalmente las Licitaciones como herramientas de mejora de sistema de salud, están basadas en principio en los estándares mínimos para el cumplimiento de la calidad con el menor costo, pero las licitaciones están tomando un nuevo enfoque de dar resultados y ello da lugar en estar alineados de comprar de valor, enfocadas en las necesidades de los usuarios involucrando al todo el equipo, enfocando en identificar en dar soluciones en trabajo en conjunto para resultados transformacional. En cuanto a la tecnología es como introducir y hacer eficientes al sistema interactuando entre el sector público y privado.

3.7. Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR)

Matriz Perfil de Competitividad (MPC). Esta matriz es una herramienta que permite identificar a los principales competidores del primer nivel de atención pública de salud de la región Junín y presenta algunas fortalezas y debilidades. El propósito de MPC es señalar cómo está una organización respecto al resto de competidores asociados al mismo sector, para que a partir de esa información la organización pueda inferir sus posibles estrategias basadas en el posicionamiento de los competidores en el sector industrial, es por ello la importancia del análisis previo de las cinco fuerzas de Porter (D'Alessio, 2015).

La Matriz de perfil competitivo del sector salud de la región macro centro del Perú, incluye a cinco regiones: Ayacucho, Huancavelica, Huanuco, Junín y Pasco. Los factores claves de éxito de las cinco regiones son: cobertura total de medicamentos preventivos subvencionados por el Estado, integralidad para resolver problemas de salud, libre elección del beneficiario para elegir a su médico, descentralización y autonomía de centros de salud, vigilancia y seguimiento permanente de la calidad de atención en centros de salud, funcionamiento y seguimiento de programas de salud, redes locales integradas y la coordinación entre ellas, participación del ciudadano en la administración y organización del Centro de Salud, formación y mantenimiento de recurso humano, evaluaciones continuas de tecnologías (ver Tabla 28)

Tabla 28

Matriz del Perfil Competitivo

Factores clave de éxito	Peso (%)	1er nivel de atención									
		Junín		Huancavelica		Huánuco		Ayacucho		Pasco	
		Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1 Cobertura total de medicamentos preventivos subvencionados por el Estado.	0.10	3.00	0.30	3.00	0.30	3.00	0.30	3.00	0.30	4.00	0.40
2 Integralidad para resolver problemas de salud.	0.10	1.00	0.10	2.00	0.20	1.00	0.10	2.00	0.20	3.00	0.30
3 Libre elección del beneficiario para elegir a su médico.	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10
4 Descentralización y autonomía de centros de salud.	0.10	1.00	0.10	2.00	0.20	1.00	0.10	2.00	0.20	2.00	0.20
5 Vigilancia y seguimiento permanente de la calidad de atención en centros de salud.	0.10	1.00	0.10	2.00	0.20	1.00	0.10	2.00	0.20	2.00	0.20
6 Funcionamiento y seguimiento de programas de salud.	0.10	3.00	0.30	3.00	0.30	4.00	0.40	3.00	0.30	4.00	0.40
7 Redes locales integradas y la coordinación entre ellas.	0.10	2.00	0.20	2.00	0.20	2.00	0.20	2.00	0.20	2.00	0.20
8 Participación del ciudadano en la administración y organización del centro de salud.	0.10	2.00	0.20	2.00	0.20	2.00	0.20	2.00	0.20	2.00	0.20
9 Formación y mantenimiento de recurso humano.	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10
10 Evaluaciones continuas de tecnologías.	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10	1.00	0.10
Total	1.00		1.60		1.90		1.70		1.90		2.20

Nota: Fortaleza mayor = 4, Fortaleza menor = 3, Debilidad menor = 2, Debilidad mayor = 1

Matriz Perfil Referencial (MPR). Para la Matriz del Perfil Referencial se analizó los modelos de atención primaria de países como Cuba, Chile, España y Canadá. Cabe resaltar que estos modelos sirven como referentes para la formulación de estrategias innovadoras y desarrollo, pues sus políticas se centran en la promoción de salud y prevención de enfermedades (OMS, 2012). No se ha tomado como referencia a hospitales y clínicas locales de la macro región, pues estos establecimientos otorgan servicios de asistencia médica especializada y atención médica ambulatoria, siendo un nivel posterior a la medicina preventiva.

A continuación se muestra los siguientes factores claves de éxito obtenidos del modelo Canadiense: La cobertura total de medicamentos preventivos subvencionados por el Estado, se refiere a que el ciudadano obtiene medicina cubierto económicamente por el sistema de salud. La Integridad se refiere a la capacidad de resolver la mayor parte de problemas de salud en el primer nivel de atención. La libre elección del beneficiario para elegir a su médico de familia, con el fin de medirlo por competencia, capacidad y eficiencia. La descentralización y autonomía de los establecimientos de salud para otorgar servicios sanitarios adaptados a la necesidad local.

La vigilancia y seguimiento permanente de la calidad de atención en centros de salud para velar por la integridad en el servicio. El funcionamiento y seguimiento de programas de salud a fin de evaluar la cobertura de vacunas y campañas de salud en la zona. La coordinación de redes de manera integrada a fin de ejercer la referencia y transferencia de pacientes. La participación del ciudadano en la administración y organización del centro de salud para identificar el nivel de integración del paciente con su centro de salud y finalmente, las evaluaciones continuas de tecnologías que permitan el acceso de la salud del paciente en línea (ver Tabla 29).

Tabla 29

Matriz del Perfil Referencial

Factores clave de éxito	Peso (%)	1er nivel de atención									
		Junín - Perú		Canadá		España		Cuba		Chile	
		Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1 Cobertura total de medicamentos preventivos subvencionados por el Estado.	0.1	3	0.3	4	0.4	3	0.3	4	0.4	4	0.4
2 Integralidad para resolver problemas de salud.	0.1	1	0.1	4	0.4	4	0.4	4	0.4	3	0.3
3 Libre elección del beneficiario para elegir a su médico.	0.1	1	0.1	4	0.4	1	0.1	3	0.3	2	0.2
4 Descentralización y autonomía de centros de salud.	0.1	1	0.1	4	0.4	3	0.3	2	0.2	3	0.3
5 Vigilancia y seguimiento permanente de la calidad de atención en centros de salud.	0.1	1	0.1	4	0.4	4	0.4	3	0.3	3	0.3
6 Funcionamiento y seguimiento de programas de salud.	0.1	3	0.3	4	0.4	3	0.3	4	0.4	4	0.4
7 Redes locales integradas y la coordinación entre ellas.	0.1	2	0.2	4	0.4	4	0.4	3	0.3	3	0.3
8 Participación del ciudadano en la administración y organización del C.S.	0.1	1	0.1	4	0.4	2	0.2	2	0.2	2	0.2
9 Formación y mantenimiento de recurso humano.	0.1	1	0.1	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3
10 Evaluaciones continuas de tecnologías.	0.1	1	0.1	4	0.4	4	0.4	3	0.3	3	0.3
Total	1		1.5		3.9		3.1		3.1		3

Nota: Fortaleza mayor = 4, Fortaleza menor = 3, Debilidad menor = 2, Debilidad mayor = 1

3.8. Conclusiones

La matriz de intereses nacional (MIN) muestra la intensidad de los intereses comunes y opuestos entre los países del pacífico y los países con mayor dominio económico en el Perú, esto con el fin de identificar a las regiones que apuntan a sus propios intereses en salud pudiendo perjudicar u contribuir con el país. El potencial nacional mostró las fortalezas y debilidades como país y como éste puede afectar de manera positiva y negativa al sector salud. Los principios cardinales se elaboraron para entender el comportamiento del Estado frente a las naciones con quien se relaciona.

El análisis competitivo permitió identificar el nivel de competitividad del Perú en base al diamante de Porter, donde se identificó que el Perú se ubica en el puesto 67 de las 138 economías más importantes en el mundo según la World Economic Forum (WEF) en base a 12 indicadores de gestión. Se ha tomado como referencia del sector, los sistemas de salud de los países de Cuba, Chile, Canadá y España por ser considerados modelos a seguir por la Organización mundial de la salud en el nivel primario de promoción y prevención de la salud. El análisis PESTE analizó cinco indicadores importantes para la evaluación externa del sector salud. En lo político, el sector salud es regulado por el MINSA en base a las leyes gubernamentales del gobierno, el sistema de salud se basa en la atención pública y privada, distribuida en cinco aseguradoras de salud.

Existe una clasificación de centros de salud de acuerdo a la Ley 021 del MINSA y una oferta de profesionales médicos. Las fuerzas económicas y financieras muestran el crecimiento económico del Perú en estos últimos años, la recaudación tributaria que favorece en la contribución a la salud y la tasa de empleados quienes aportan al sector. Las fuerzas sociales, culturales y demográficas mostraron la transición poblacional de la población de Junín hasta el año 2025 acompañado de sus indicadores de mortalidad, morbilidad y fecundidad de la población, nivel de población urbana, niveles socio

económicos, tasa de pobreza y analfabetismo, pues éstos influyen de manera directa en las acciones de para la prevención y promoción de la salud. Las fuerzas tecnológicas y científicas muestran que según la World Economic Forum (WEF, 2016) el Perú ocupa el puesto 88 en tecnología, siendo la más baja de la región del pacífico, también se detectó que existen intentos para la mejora de banda de internet por el acceso de nuevas líneas telefónicas a la región.

Asimismo, se ha detectado que la población urbana tiene más acceso a internet por las ofertas de las líneas de internet. Las fuerzas ecológicas y ambientales muestran que las actividades mineras pueden afectar a la salud de la población vulnerable por la contaminación minera, asimismo se ha detectado que el parque automotor se ha incrementado en la región y un alto riesgo de enfermedades por cambios climáticos. La matriz EFE indica que el sector salud en Junín ha estado aprovechando sus oportunidades para controlar a sus amenazas. El poder de negociación con los proveedores de salud es bajo ya que la mayor parte de centros de salud dependen de sus redes por jurisdicción; el poder de negociación de los compradores es baja por la alta demanda de los servicios de prevención; existe la amenaza de sustitutos como la medicina alternativa, curanderos y chamanes; y como amenaza de entrantes se encuentran los productos alternativos del mercadeo en red.

Los competidores del sector salud en Junín son las macro regiones del Perú: Huancavelica, Ayacucho, Huánuco, Pasco. Para medir el nivel de competitividad entre las cinco macro regiones, se han tomado los siguientes indicadores: demográfico, socio económico, acceso, cobertura, oferta e infraestructura y morbilidad. La matriz del perfil competitivo (MPC) y la matriz del perfil referencial (MPR) muestran que Junín es la región con más bajo puntajes en función a los indicadores claves de éxito de la competencia y referentes con éxito.

Capítulo IV: Evaluación Interna

4.1. Análisis Interno AMOFHIT

La evaluación interna está enfocada en encontrar estrategias para capitalizar las fortalezas y debilidades. Las principales áreas funcionales a ser auditadas en todo negocio deben ser identificadas a través de la evaluación interna. Las áreas funcionales: Administración y gerencia (A), Marketing y ventas (M), Operaciones y logística (O), Finanzas y contabilidad (F), Recursos humanos (H), Información y comunicaciones– sistemas (I), y Tecnología e investigación y desarrollo (T) (D'Alessio, 2015).

4.1.1. Administración y gerencia (A)

La administración y gerencia del primer nivel de atención de la región Junín es otorgada a la DIRESA Junín por encargo del MINSA. La DIRESA Junín es el encargado de facilitar recursos y derivar el presupuesto que se le asigna a cada red de salud y unidades ejecutoras de su jurisdicción. La red de salud es el órgano desconcentrado independiente de gestión del presupuesto asignado por el gobierno nacional, reporta a la DIRESA Junín sobre avance y resultados de indicadores nacionales de las micro redes que tiene a cargo y solicita infraestructura, equipamiento y medicamentos para su funcionamiento. Las micro redes son organismo dependientes de la red de salud, reportan sus avances y resultados de indicadores nacionales, así como la solicitud de recursos en el caso de requerirlos, las micro redes son las que velan por el funcionamiento de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención (ver Figura 32).

Las unidades ejecutoras y redes de salud son independiente de la gestión del presupuestos asignado por el MEF, por lo que tiene que regirse a la normativa de la tesorería pública, asimismo cada una es independiente de la gestión de sus recursos para su funcionamiento inmediato, reportan a la DIRESA Junín y elevan proyectos para la construcción de más infraestructura. Pueden hacer la compra de medicamentos que el

gobierno nacional y regional no realizan, contratación de personal por intermedio de la DIRESA así como del equipamiento necesario para sus establecimientos.

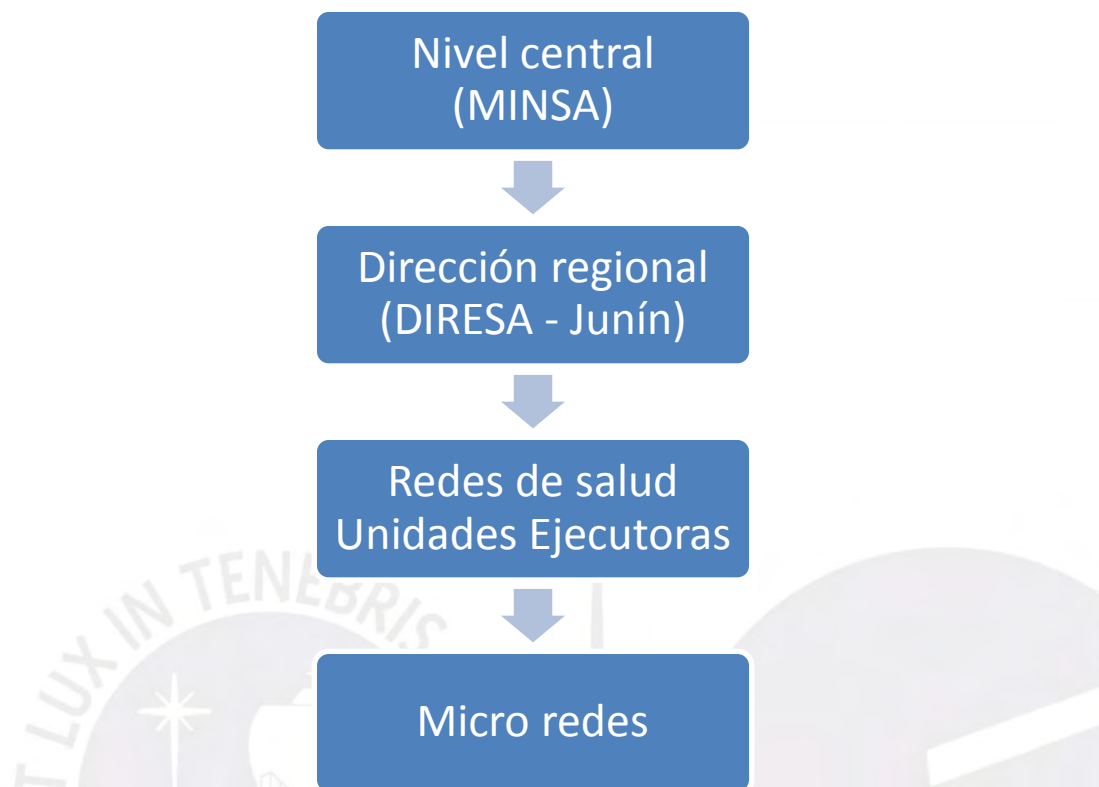


Figura 32. Organización y gestión de redes de salud en la región Junín. Adaptada de “herramientas para gestión de redes” por el Ministerio de Salud, 2000 (http://bvs.minsa.gob.pe/local/PGC/821_MS-PGC348-2.pdf).

Las unidades ejecutoras son controlados y asesorados por la DIRESA Junín a través de sus diversas oficinas de control y apoyo (ver Figura 33). La DIRESA Junín anualmente realiza un plan estratégico y un presupuesto para presentarlo al MINSA y con ello recibir el presupuesto por parte del MEF. Cada plan estratégico agrupa información de los indicadores epidemiológicos proporcionadas por todas las redes de salud y unidades ejecutoras de su jurisdicción, asimismo presenta el plan estratégico para el pago CAPITA del SIS y otorgar los servicios de atención a la población asegurada a dicho seguro.

La región Junín cuenta con un total de 468 establecimientos distribuidos en todas sus redes de salud, a continuación, la tabla donde se muestra la distribución de los centros de

salud por categorías y niveles de atención (ver Tabla 30). Cada red de salud es un órgano desconcentrado, normado, con visión, misión y objetivos estratégicos. Tiene una estructura orgánica, régimen laboral, régimen económico y está delimitada geográficamente con las provincias de la región Junín (ver Figura 34).

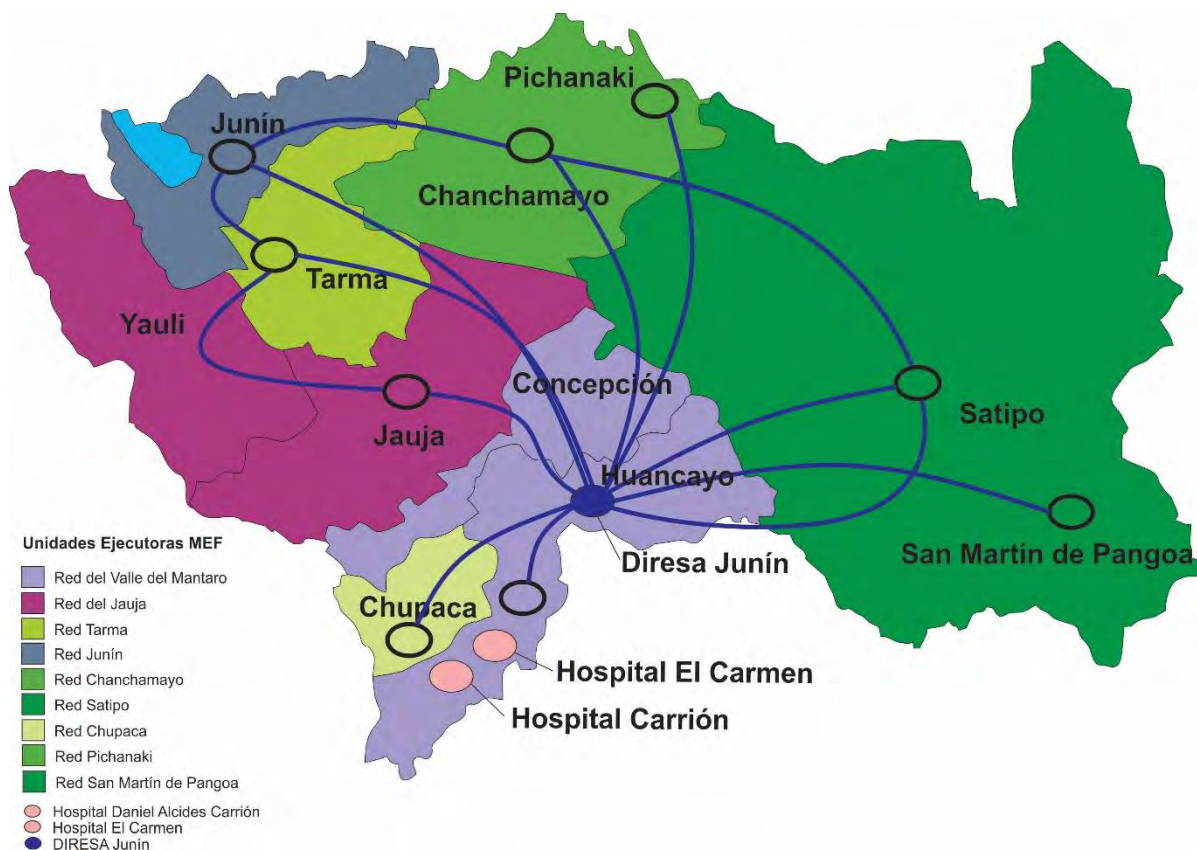


Figura 33. Ubicación de redes de salud de la región Junín.

Adaptado de “Mapa de distribución de los establecimientos de salud estratégicos y sus referencias,” por la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento, 2016 (<http://www.dgiem.gob.pe/mapa-de-distribucion-de-los-establecimientos-de-salud-estrategicos-y-sus-referencias/>).

La estructura del organigrama es similar para todas las redes de salud, cada una cuenta con las unidades de logística, económica y recursos humanos, por lo que cada red de salud elabora su presupuesto para presentar al MEF y recibir su propio presupuesto. En el caso de red de Chanchamayo, éste cuenta con cuatro micro redes que dependen económicamente de ella, y cada micro red tiene en su dominio a los centros y puestos de salud de su jurisdicción. Cada micro red de salud tiene su propia visión, misión y objetivos

estratégicos en base los indicadores de morbilidad nacional puesto por el SIS. Asimismo, cada centro y puesto de salud de su dominio y jurisdicción tiene su propia visión, misión y objetivos relacionados a los indicadores de morbilidad de la población de su jurisdicción. Cada puesto de salud reporta mensualmente a su micro red sobre el avance de sus indicadores nacionales y del SIS, la micro red lo concentra y se lo deriva a la red de salud responsable para ser enviado a la DIRESA Junín.

Tabla 30

Distribución de Centros de Salud por Redes de Salud en la Región Junín

Redes de salud	Centros de Salud						
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1
Red de Salud Jauja	35	26	8	1	1		
Red de Salud Tarma	46	3	3	2		1	
Red de Salud Chanchamayo	44	9	8	2	2		
Red de Salud Satipo	46	43	10	1	2		
Red de Salud Junín	18	2	3	0		1	
Red de Salud del Valle del Mantaro	86	38	20	5			
Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo							1
Hospital El Carmen de Huancayo							1
Total	275	121	52	11	5	2	2

Nota. "Tomado del Registro Nacional de Institución Prestadora de Salud - IPRESS," por la Superintendencia Nacional de Salud, 2017 (<http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>).

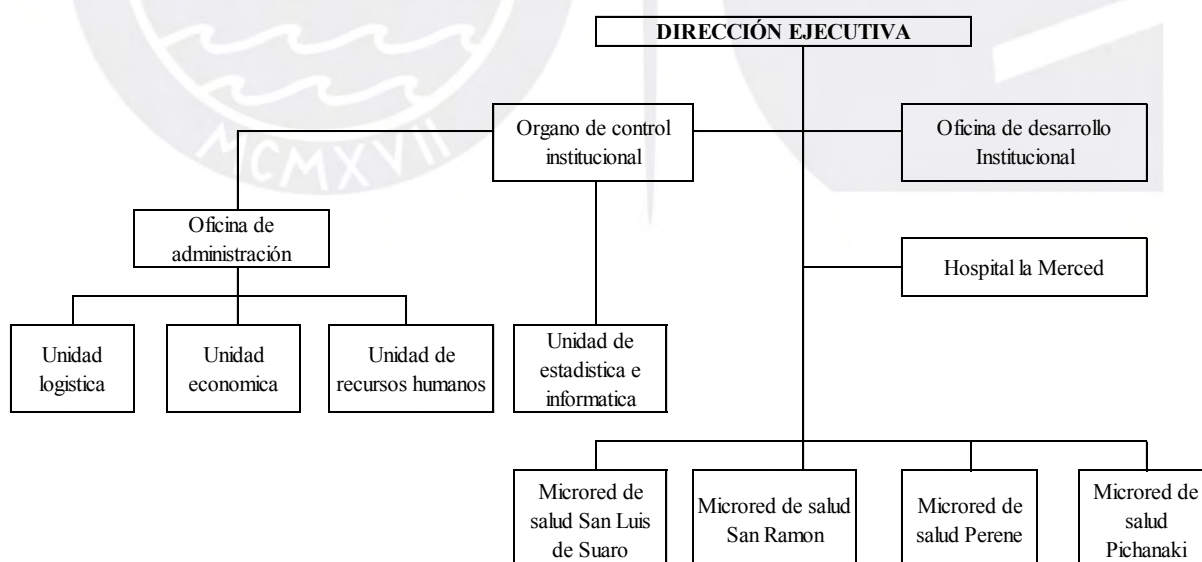


Figura 34. Organigrama estructural de la dirección de la red de salud Chanchamayo. Adaptado de "Reglamento de Organización y funciones," por Gobierno Regional de Junín, 2017 (http://www.regionjunin.gob.pe/ver_documento/id/GRJ-00084027b52bebfd7fbdf8e1586b6204acddf5.pdf/).

El diseño organizacional que presenta las redes de salud es funcional y burocrática, pues para que un puesto de salud pueda solicitar medicamentos, equipamiento o recursos humanos, éste suele demorar en promedio de seis meses a un año para ser atendidos, pues los requerimientos tiene que pasar por cada unidad funcional para responder el requerimiento, así como someter la adquisición a un proceso de contratación pública. Asimismo no se promueve la competitividad entre puestos de salud, pues cada una de ellas tiene un tratamiento diferente ya que el acondicionamiento entre ellas es diferente por cada puesto de salud, es decir algunas pueden estar equipadas y otras no. Este tipo de diseño organizacional ha generado que la relación del personal de salud frente a su red sean distantes y burocráticas. Existe un manual de organización y funciones MOF para ejercer las funciones de cada uno de los profesionales de la salud, este MOF se encuentra publicado en la página web de cada red de salud.

Los puestos y centros de salud desarrollan un planeamiento de trabajo anual en base a los indicadores del SIS acorde a las metas cumplidas del año anterior, en este plan se detalla la visión y misión de cada puesto de salud, metas de morbilidad, atenciones, reposición de medicamentos, y equipos a utilizar o cambiar; el reporte se deriva a la micro red que corresponda. Durante las visitas realizadas a cuatro centros de salud de diferentes categorías, se ha verificado que no todas promocionan su visión, misión y objetivos, algunos profesionales desconocen por mostrarse extensa y difíciles de entender. Respecto a la unidad de mando y delegación de autoridad, cada puesto y centro de salud tiene a una persona encargada del establecimiento, éste generalmente es el enfermero, obstetra o médico que trabaje en el puesto de salud, esta persona es la encargada de derivar los reportes mensuales del avance de los indicadores del SIS a la micro red que corresponda. Los horarios de atención de los puestos y centros de salud de categoría I-1 y I-2 es de 7:30 hasta las 13:00 horas, por lo que el paciente necesita hacer cola desde las 6:00 horas para

sacar un cupo y ser atendidos, de no encontrar cupo, necesita ir al día siguiente para buscar un cupo de atención. En el caso de los centros de salud I-3 y I-4, el horario de atención es de 7:30 hasta las 20:00 por las atenciones médicas otorgadas y por concentrar a los referidos de los puestos y centros de salud I-1 y I-2.

El manejo financiero, comercial, de inventario de medicamentos, de calidad y de costos es ineficiente, pues cada personal de salud a parte de cumplir su función ambulatoria y de prevención, necesita reportar todas sus actividades en papeles de trabajo, haciendo de esto una carga que lo limita a seguir desarrollando su labor de salud, además de incluir el desinterés y en ocasiones modificar datos según su conveniencia. En algunos puestos de salud, el responsable del centro se encuentra integrado con su personal a cargo y en otras, no se ha notado la presencia del encargado. Cada responsable del centro de salud refiere a los pacientes con mayor complejidad a los centros de mayor especialización siempre y cuando no puede ser atendido en la misma, sintiéndose así limitados a tomar acciones de atención por no tener la capacidad resolutoria y el equipamiento necesario.

El ambiente de trabajo en cada centro de salud es diferente, no existe un espacio para el esparcimiento del trabajador, un comedor o una sala de descanso, en algunos centros de salud los muebles de atención son antiguas y cada recepcionista muestra en el ingreso una gran carga de expediente por paciente en papeles, en ocasiones se extravía el expediente y se vuelve a armar el historial clínico de cada paciente. La comunicación entre ellos es directa, pues todas las instalaciones se encuentran en un primer piso, que les permite tener contacto con todas las áreas de atención, pero al no existir una integración con la visión y misión de cada centro de salud, los trabajadores solo se enfocan en cumplir sus metas. Los trabajadores no pueden hacer línea de carrera en el puesto de salud, pues el tipo de contrato no les permite (CAS o nombramiento bajo el régimen 276), pero si pueden concursar por plazas a nivel regional siempre y cuando se especialicen y cumplan el proceso

administrativo de selección. Respecto a las capacitaciones en cada puesto, generalmente no se dan, pues ellos tienen un horario de atención para el paciente, no les pagan horas extras y tampoco los inducen a las capacitaciones fuera del horario de trabajo. En algunos centros de salud, no todas las personas se encuentran al servicio de la población, pues desconocen o no quieren brindar información sobre el proceso de atención.

4.1.2. Marketing y ventas (M)

Producto. Cada puesto de salud ofrece un servicio de atención acorde al nivel y categoría que corresponda, en base a la norma técnica 021 MINSA. En las visitas realizadas a cuatro establecimientos de salud, se ha encontrado que no todas muestran un aviso de las atenciones médicas que realizan, pero si muestran un flujograma de atención impreso en un banner. La publicidad de las campañas se realiza mediante los banners informativos y papelotes donde se describen los diferentes servicios que brindan, algunas micro redes de salud realizan convenios con la municipalidad para realizar la difusión de la campaña de salud mediante su movilidad, también se realiza la visita de colegios para difundir y realizar campañas de salud. No hay difusión radial y televisiva formal y programada. La difusión de campañas en redes sociales es débil, pobre y con baja captación de usuarios.

Para los profesionales de la salud de los centros de salud de categoría I.-1 y I-2 se encuentran obligados a realizar visitas domiciliarias dentro del marco de la norma técnica 021 MINSA. Las visitas son realizadas de 07:30 hasta las 13:00 horas. El enfermero periferie no cuenta con los implementos tecnológicos para registrar las visitas domiciliarias y registrar el historial médico de cada paciente a quien visita, por lo que en ocasiones se ha suspendido la actividad. Respecto a la difusión de los servicios el centro de salud, en algunos se detalla en los tipos de servicios que ofrecen y en otras no.

Cabe resaltar que según el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría General de la República, el 36% de los establecimientos de Huancayo no publican su cartera

de servicios, por lo que el paciente desconoce qué servicios ofrece la posta o centro de salud de su jurisdicción, el 16% de establecimientos tienen carencia de servicios de laboratorio clínico, por lo que el paciente es derivado a la micro red de su jurisdicción para ejecutarla o de lo contrario realizarlo de manera particular.

El 10% de establecimientos visitado por la Contraloría de la República existe la ausencia del servicio de consulta externa, es decir el profesional de la salud no sale al campo a realizar visitas domiciliarias a los pacientes. En casos de emergencia reportada donde el paciente no puede acercarse al establecimiento de salud, el personal encargado busca el apoyo del serenazgo o policía para que puedan traer a los pacientes al centro de salud. Actualmente algunos centros de salud como Concepción ofrecen radiografías y ecografías especializadas para atención de partos y cuentan con una ambulancia para el traslado de pacientes, esto gracias a la gestión de solicitar la instalación de maquinarias y equipos.

Plaza. Existe dos plazas para la atención de los centros de salud: la primera es la población que tiene SIS y la segunda es la población que paga por el uso de los servicios del centro de salud. Respecto a la primera plaza, el paciente del SIS se asegura bajo cinco modalidades: SIS gratuito, SIS emprendedor, SIS microempresa, SIS independiente, SIS plan de salud escolar. Si el establecimiento de salud recibe alguna persona que no esté asegurada al SIS, los invitan a que se acerquen a la unidad local de empadronamiento de su respectiva comunidad, que en su mayoría son las municipalidades de cada provincia, a fin de que éstas puedan verificar su declaración de pobreza y vulnerabilidad, cabe resaltar que cada establecimiento de salud es medido por el número de atenciones a los asegurados del SIS.

Los centros de salud atiende a la población que se encuentren en su jurisdicción, los que no pertenecen a ella, son derivados al puesto donde corresponda. Si el centro de salud no tiene el equipamiento para dar atención al paciente, éste es derivado o referido a un

hospital con atención especializada de su red correspondiente. Cabe resaltar que según el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría General de la República, el 100% de los establecimientos visitados por la entidad, carecen del equipamiento mínimo requerido, por lo que son derivados a los centros especializados y ocasionando el congestionamiento de pacientes en hospitales que deberían atender una salud ambulatoria y especializada.

Respecto a la segunda plaza, una persona externa a la jurisdicción del centro de salud, o que tenga otro tipo de seguro (público o privado), puede pagar las tasas de atención médica y ser atendido en el establecimiento de salud. En el transcurso de su atención, es invitado a que pueda acceder al SIS siempre y cuando cumpla las condiciones dispuestas por el SIS. Este paciente también puede acceder de la atención de hospitales especializados de manera directa.

Precio. La atención médica primaria en el centro de salud es financiada por el SIS, el paciente asegurado recibe un servicio gratuito con la subvención de medicina básica y preventiva. El paciente puede comprar sus medicamentos en boticas y farmacias privadas, siempre y cuando el establecimiento de salud no cuente con los mismos.

La atención a pacientes no afiliadas al SIS es pagada por el usuario, por encargo de la Resolución Directoral N° 192-2012/GRJ-DRSJ/RSVM-URRHH estipulada el 25 de mayo del 2012 (ver Tabla 31), donde se aprueba una “Tarifa Única de Atención de los Servicios de Salud”. Respecto a los precios, las tasas son accesibles a la población, con el fin de que todos los peruanos puedan acceder a un tipo de seguro. Estas tasas es de acceso público, pero no todos los puestos de salud la difunden, ya que se enfocan en atender a las personas aseguradas al SIS.

Promoción. Existen campañas para la prevención de enfermedades como la lucha contra el cáncer, prevención del SIDA y planificación familiar; por lo general estas se dan

Tabla 31

Tarifas Únicas de Atención de los Servicios de Salud de Junín para No Asegurados al SIS

TARIFAS ÚNICAS					
CONSULTAS	COSTO	CIRUGIA MENOR	COSTO	TOPICO/EMERGENCIA	COSTO
Consulta Médica	S/. 5.00	Diebridación de Abscesos	S/. 7.00	Inyectable	S/. 1.00
Consulta Obstétrica	S/. 5.00	Sutura por puntos	S/. 1.00	Inyectable Endovenosa	S/. 2.00
Consulta Dental	S/. 3.00	Extracción de Uñas	S/. 8.00	Venoclisis	S/. 5.00
Consulta de enfermería	S/. 3.00	Curación simple - Ext. Puntos	S/. 3.00	Nebulación X	S/. 5.00
Consulta Psicológica	S/. 5.00	Curación de quemaduras pequeñas	S/. 4.00	Lavado de Oído	S/. 8.00
Consulta de Emergencia	S/. 8.00	Curación de quemaduras medianas	S/. 6.00	Cambio de sonda vesical	S/. 5.00
Consulta/Especialista	S/. 10.00	Curación de quemaduras grande	S/. 10.00	Lavado Gástrico	S/. 10.00
H.C Tarjetas - Otros	S/. 2.00			Extracción de CUERPO EXTRA	S/. 7.00
Consulta Nutricionista	S/. 5.00			Toma de presión arterial	S/. 2.00
				Taponamiento nasal	S/. 5.00
				Enema	S/. 5.00

TARIFAS ÚNICAS					
LABORATORIO	COSTO	LABORATORIO	COSTO	OTROS	COSTO
Examen de Orina	S/. 6.00	Urea	S/. 7.00	Certificado de salud	S/. 15.00
Hemoglobina	S/. 5.00	Creatanina	S/. 7.00	certificado médico	S/. 10.00
Prueba de Embrazo-Orina	S/. 7.00	Test Graham	S/. 5.00	Visación de certificado	S/. 15.00
Prueba de Embarazo-Sangre	S/. 10.00	Recuento de Plaquetas	S/. 5.00	Carnet de Sanidad	S/. 15.00
Agglutinaciones	S/. 8.00	VIH	S/. 15.00	Certificado Psicológico	S/. 10.00
Grupo Sanguíneo	S/. 8.00	Set paquete Gestante	S/. 34.00	Constancia de Nacimiento	S/. 10.00
Glucosa	S/. 6.00	Colesterol	S/. 7.00	At. De Parto - Hospitalización	S/. 130.00
Heces Seriado	S/. 10.00	Triglicéridos	S/. 7.00	Ecografía Normal	S/. 20.00
Reacción Inflamatoria	S/. 5.00	TGO,TGP	S/. 8.00	Ecografía Transvaginal	S/. 20.00
R.P.R.	S/. 6.00	Bilirubina	S/. 8.00	Hospitalización	S/. 10.00
Tiempo coagulación y sangría	S/. 5.00	Fosfata Alcalina	S/. 7.00		
Hemograma	S/. 9.00	PCR	S/. 7.00		
Secreción Vaginal	S/. 10.00				

Nota. Tomado de *Resolución Directorial N°192-2012/GRJ-DRS/RSVM-URRHH* , por Gobierno Regional de Junín, 2012.

en los centros de salud del primer nivel de categoría 1. Estas campañas son de acceso público a las personas aseguradas al SIS. Respecto a la publicidad de sus campañas, estas se exhiben en el ingreso del centro de salud con la presentación de banners informativos. El personal de salud promociona las campañas a las personas de su jurisdicción con papelotes, movilidad por parte de la municipalidad, visita a escuelas y colegios públicos. En el caso de capacitaciones para las campañas, la red de salud se encarga de difundir y capacitar a los responsables de salud dentro del horario de atención del centro de salud. Respecto a la imagen de los centros de salud, no se ha encontrado un estándar, la infraestructura es adaptada acorde al espacio alquilado o construido, no existe una combinación de colores y señalizaciones para identificar al centro de salud.

Personas. Los profesionales de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 realizan visitas domiciliarias. En caso de la obstetra, las visitas se orientan a otorgar charlas de planificación familiar, posparto, control prenatal y prevención anticonceptiva. La enfermera logra la evaluación, control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor a cinco años (CRED), verificación y seguimiento de vacunas del recién nacido, evaluación de la alimentación y la practica de lactancia materna exclusiva. De esta manera se promueve que la población acceda a los servicios de los centros y puestos de salud.

Procesos. Los pacientes de los centros y puestos de salud deben obtener un cupo de atención de 6 a 8 am, pasado el horario y de no contar con cupos, el paciente es derivado para el día siguiente y lograr su atención. Obtenido el cupo, el paciente debe esperar en tópicos en contacto con los demás pacientes, en ocasiones, en espacios donde no hay servicios básicos de saneamiento como baños y agua potable. Terminada la atención, el paciente se apersona a la farmacia del establecimiento, que en ocasiones, no tiene el medicamento recetado, ocasionando la compra de los mismos en el sector privado.

Posicionamiento. Una parte de la población pobre y vulnerable desconoce tener un seguro de salud SIS. Asimismo, el usuario tiene una baja cultura de prevención en enfermedades, por lo que demandan más el servicio de una atención ambulatoria que pudo ser prevenida en el primer nivel de atención. Los establecimientos de salud son reconocidas por un trato inadecuado al paciente, la falta de personal para su atención y baja atención resolutive en enfermedades, por lo que su posicionamiento es baja y poco presente en la población.

4.1.3. Operaciones y logística. Infraestructura (O)

La región Junín cuenta con 478 puestos de salud para el primer nivel de atención, clasificadas en las categorías I-1, I-2, I-3 y I-4. Los puestos de salud primario se distribuyen en 9 redes y 40 micro redes, cada red de salud se ubica en una provincia por lo que cada una

lleva el nombre de la misma y cada micro red generalmente lleva el nombre del distrito donde se encuentra ubicado (ver Tabla 32).

Tabla 32

Cantidad de Micro Redes y Establecimientos de Salud en la Región Junín, 2015

	Red de salud	Micro red	Centros y puestos de salud
1	Chanchamayo	3	41
2	Jauja	8	73
3	Junín	3	23
4	Pichanaki	4	22
5	Chupaca	5	30
6	Pangoa	3	28
7	Satipo	5	82
8	Tarma	4	54
9	Valle del Mantaro	5	116
	Total	40	469

Nota. Tomado del “Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-RENIPRESS,” por la Superintendencia Nacional de Salud, 2017 (<http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>).

La DIRESA Junín tiene una oficina de logística que se encarga de efectuar el abastecimiento de bienes, prestación de servicios y ejecución de obras en la calidad, cantidad, oportunidad y lugar requerido por las unidades orgánicas y órganos desconcentrados de su jurisdicción. La red de salud también cuenta con la unidad de logística que presenta las mismas funciones de la DIRESA Junín, pero a nivel de la red que le corresponde, adicional a ello, son encargados de programar, prever y mantener, en depósitos o almacenes descentralizados, los niveles de existencia y disponibilidad de los bienes y servicios requeridos para el logro de objetivos y actividades programadas por la micro red que le corresponda, abasteciéndolas en los que estén desarrollando sus operaciones itinerantes de atención preventiva y promocional a toda la población en el ámbito geográfico asignado (ver Figura 35). Cada micro red es la encargada de consolidar los requerimientos para el abastecimiento recursos, bienes, servicios y equipamiento de cada centro y puesto de salud que esté en su jurisdicción



Figura 35. Estructura orgánica de la red de salud del Valle del Mantaro. Adaptado de “Red de Satipo,” por la Unidad de Planificación y Presupuesto y Racionalización, sf. (<http://redsalsatipo.gob.pe/index.php/institucional/estructura-organica>).

Cada centro de salud reporta a su micro red correspondiente respecto equipamiento e infraestructura requerida para la obtención de sus objetivos. Este modelo funcional muestra un trámite burocrático para la obtención de recursos, que tiene un tiempo de respuesta en promedio de seis meses a un año. Por lo que se observa un descuido y carencia de equipos médicos en uso y calibración de calidad, así mismo la infraestructura no se acondiciona para el cuidado del equipamiento médico.

De acuerdo a la Nota de Prensa N° 90 de la Contraloría General de la República (2016), reporta que el 100% de los establecimientos visitados en la ciudad de Huancayo, carencia de equipamiento básico mínimo requerido, el 49% de ellos tienen equipamiento médico inoperativo, es decir sin gestión de reparación o calibración y de estar operativo, no hay disponibilidad del personal capacitado para su uso. Los centros de salud primaria no cuentan con el servicio de seguridad para el resguardo de los puestos de salud de nivel primario.

Respecto al estado de la infraestructura, la mayor parte de los establecimientos de salud no se encuentran acondicionadas para la atención médica por falta de soporte para el mantenimiento continuo y oportuno, pues la distribución y mantenimiento de consultorios, oficinas, almacenes y servicios higiénicos no son las adecuadas. Según la Nota de Prensa N° 90 de la Contraloría General de la República (2016) reporta que el 27% de los establecimientos visitados en la ciudad de Huancayo no cuentan con servicios básicos (agua potable, alcantarillado, energía eléctrica) y 60% no tiene unidades asistenciales mínimas.

Respecto al aprovisionamiento de medicamentos, todos los centros y puestos de salud envían sus requerimientos para la compra de medicamentos a nivel nacional a la micro red que correspondan, la micro red deriva la solicitud a la red de salud de su jurisdicción y éste mediante una reunión de trabajo con las demás redes y la DIRESA Junín, envían sus requerimientos al MINSA para que puedan programar la compra. Los medicamentos obtenidos son almacenados y derivados a las redes según sus requerimientos y derivarlos a los puestos y centros de salud. Este modelo de abastecimiento de medicamentos se muestra burocrática e ineficientes, pues si un centro de salud no realiza una buena planificación de abastecimiento de medicamentos, éste se queda sin ello un año hasta esperar la siguiente compra nacional. Cabe resaltar que la red de salud puede realizar la compra de medicamentos no contemplados en la compra nacional y regional, siendo una limitante para otorgar medicamento de manera oportuna al paciente, por lo que algunos puestos y centros de salud piden más de lo demandado ocasionando un sobrestock de medicamentos y equipamiento, generando costos de almacenamiento, vencimiento de medicamentos y gestión ineficiente de almacenes. De acuerdo a la Nota de Prensa N° 90 de la Contraloría General de la República (2016) el 32% de los establecimientos visitados en la ciudad de Huancayo carecen de medicamentos e insumos esenciales para obstetricia neonatal primaria y el 71% tiene substock de medicamentos e insumos médicos prioritario.

Respecto a los productos, procesos, planta y personal. Los productos o servicios ofrecidos por cada centro de salud en categorías, varía acorde a su capacidad resolutive, que se encuentran definidas en la norma técnica 021 del MINSA. Las limitaciones de atención se sienten con la ausencia de médicos generales en los puestos de salud de categoría I-1, pues su capacidad resolutive no les permite otorgar servicio de atención médica, para lo cual refieren a sus pacientes a los puestos I-2 o micro red correspondiente generando un cuello de botella en la atención de pacientes en estas categorías y en ocasiones a los hospitales o institutos especializados. Cabe resaltar que Junín cuenta con 283 establecimientos de categoría I-1.

De acuerdo con las C3T: Calidad, Cantidad, Costos, Tiempo. La calidad en la atención de los servicios es baja desde el mantenimiento de la propia infraestructura, equipamiento en condiciones de deterioro, personal de salud desmotivado, y con mucha presión para el cumplimiento de sus metas del SIS. Respecto a la cantidad de atenciones, todos los pacientes necesitan sacar un cupo de atención desde las 7:00 horas a fin de que puedan programar su atención hasta antes de las 13:00 horas, a ello se complementa que los centros de salud de categoría I-1 y I-2 cierran a las 13:00 horas, mientras que los centros de salud I-3 y I-4 atienden 18:00 horas. Cuando la demanda es alta por la especialización en la atención como médicos especializados, los pacientes realizan colas para sacar un cupo desde las 4:00 horas, para obtener un cupo de atención. Respecto a los costos para las atenciones médicas, los medicamentos, equipamiento, pago al personal y recursos adicionales es financiado por el SIS. Las recaudaciones que se obtiene por atenciones particulares son reportadas y pueden ser utilizadas como un ingreso adicional a través de un recurso directamente recaudado RDR para la compra de material informativo o recursos internos de la posta de salud. En cuanto al tiempo, las atenciones demoran entre 60 a 90 minutos por paciente, debido al registro administrativo manual, los centros de salud no cuenta con

sistemas de información integrado de atención, el registro de pacientes es manual y archivada en un habitación de historiales clínicos.

De acuerdo a los 7 M: Materiales, Mano de Obra, Máquinas, Medio ambiente, Métodos, Mentalidad, Moneda. Los materiales de trabajo son otorgados por la red de salud financiada por el SIS, para ello se trabaja con plantillas estándar y únicas a fin de consolidar la información de indicadores, todas los centros de salud manejan un formato de atención, fichas y papeles de trabajo para el reporte de informes mensuales, asimismo los insumos para la atención de pacientes son solicitados mediante los reportes mensuales a la red de salud de su jurisdicción. Se ha notado en algunos centros de salud el pago para la ficha de atención, que incluye un folder y fichas para el registro de historial médico del paciente.

La mano de obra quien ofrece los servicios de atención médica es un profesional contratado bajo la modalidad CAS o régimen 276, asimismo se ha encontrado el apoyo de personas que están realizando sus prácticas pre profesionales (SERUM) para que puedan obtener su grado académico. La mayor concentración de médicos y profesional especializado se encuentran en los centros de salud más cercanas a la ciudad donde correspondan y en los centros de salud con mayor categoría como el I-3 y I-4, generando la ausencia de profesionales en los centros y puestos de salud más alejadas de la ciudad.

Las máquinas o equipo médico en cada centro de salud van de acuerdo a su nivel de atención, la mayor parte de ellas se encuentran operativas, y las inoperativas se encuentran en un almacén hasta cumplir con el proceso de devolución o reposición a cargo de la red de salud responsable. El medio ambiente donde trabajan es adecuado para los implementos de la salud, respecto a los servicios higiénicos, no todos los establecimientos cuentan con ellos y de haberlo es de uso exclusivo para el personal de salud, la sala de espera muestra la gran atención de cada paciente y profesional de la salud, en algunos casos no tiene asientos para la espera, y al ingresar se muestra la carga de expedientes de los pacientes en atención. El

método con el que trabajan es el mismo para todos los centros de salud, ya que cumplen un mismo flujograma, los establecimientos I-1 y I-2 realizan visitas domiciliarias y la I-3 y I-4 realizan atenciones médica con y sin internamiento de pacientes. La mentalidad que tiene los trabajadores es que “el sistema de salud es así y no hay mucho por cambiar”, pues toda mejora se invalida por cambio político que existe en el gobierno regional cada cuatro años por elecciones regionales. Por el tipo de moneda, todos los centros de salud utilizan el sol como único medio de pago, no aceptan tarjetas u otras monedas.

El proceso de atención en el centro de salud se muestra publicadas mediante el flujogramas de atención en la entrada de cada establecimiento de salud, esto es estándar, pues los banners con el flujograma de atención es otorgado por la red de salud de su jurisdicción. Cabe resaltar que según la Nota de Prensa N° 90 de la Contraloría General de la República (2016) el 36% de los puestos de salud visitados en la ciudad de Huancayo no publican la cartera de servicios, por lo que los pacientes desconocen de los servicios de los puestos y centros de salud. Respecto a la planta o establecimiento de salud, en algunos centros de salud I-3 y I-4 no hay espacio para la atención de pacientes y en establecimientos I-1 y I-2 existen habitaciones vacías y sin equipamiento. La distribución de áreas en el centro de salud se realiza en base al diseño aprobado por el reglamento de infraestructura de establecimientos de salud, pero la necesidad obliga que los centros de salud varíen sus acondicionamientos acorde a la demanda de atención. No existe un estándar en distribución de centros de salud, solo criterios genéricos como la recepción en la entrada. Respecto al personal, no todos conocen del flujograma de atención y derivan al paciente a la recepción para informes y atención.

El proceso de servicio de salud es controlado por el gobierno regional de Junín de manera rutinaria, a veces tienen visitas inopinadas a fin de verificar la atención a los pacientes, ya sea por una queja o reclamo de un paciente mal atendido. Las políticas y

procedimiento para la calidad en la atención son ineficiente, pues cada puesto de salud invierte mucho tiempo en el registro de cada ingresante y no existen un tiempo de atención estándar por cada paciente. En los establecimientos I-3 y I-4, no existe el vínculo del médico con el paciente ya el médico diagnostica la enfermedad y deriva al paciente a las enfermeras a fin de que ellas puedan culminar con el proceso de atención. En los establecimientos I-1 y I-2 algunos profesionales de salud se integran con los pacientes, conociendo sus necesidades e historial médico de cada uno de ellos. No existe equipo tecnológico para el ingreso de datos, carecen de un mapa para identificar las viviendas de los pacientes asegurados, desconocen de la zona, tienen un cuarto lleno de expedientes de historial médico con una persona quien se encarga de vaciar la información para reportar la micro red, y al no haber control, esta información puede variar acorde a la conveniencia de cada centro de salud.

Si un centro de salud cuenta con una farmacia, existe un control constante de los medicamentos para su reposición inmediata, manejan un sistema para la venta o salida de medicamentos que son reportados a la red central, pero la red no repone de manera inmediata si es que el centro de salud no gestiona el pedido de medicamentos. En el caso de equipamiento, la red solicita un informe que certifique el equipamiento del centro de salud.

4.1.4. Finanzas y contabilidad (F)

Respecto al financiamiento para la prestación de servicios en los centros de salud, el SIS es quien financia a través del “pago Capitado” (pago de un monto determinado para financiar las atenciones que se brindarán a cada asegurado durante el transcurso de un año). Cabe resaltar que éste pago se realiza por el nivel de avance de indicadores de atención como el nivel de vacunación, número de asegurados, cobertura geográfica para la atención. Este pago se basa del cálculo anual por asegurado del SIS, otorgando el 80% a inicio de cada trimestre del año y el 20% restante al final del año, siempre y cuando, los puestos y centros de atención hayan cumplido con las metas establecidas por el SIS. El convenio que

firma el SIS con el Gobierno Regional especifica que se debe elevar el número de prestaciones básicas, mejorar la calidad de la atención, brindar las prestaciones de salud con oportunidad, mejorar el acceso a la atención a todos los asegurados del SIS, velar por la entrega completa y gratuita de los medicamentos a los afiliados. El uso de los recursos otorgados por el SIS, tiene como prioridad realizar la reposición de insumos, medicamentos, vacunas, instrumental, accesorios médico-quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio usados en las prestaciones. La DIRESA Junín es quien recauda la información del avance de los indicadores realizados por los centros y puestos de salud a través de sus micro redes y redes de atención. Los establecimientos de salud no reciben directamente el dinero, las redes de salud son los entes gestores de los fondos económicos.

Respecto al financiamiento para el equipamiento, contratación de personal de salud e infraestructura, el MEF por encargo del MINSA, es quien asigna un presupuesto a cada unidad ejecutora de la región Junín (ver Tabla 33). Cada unidad ejecutora se encarga de llevar la contabilidad de sus movimientos económicos en base a la normativa de la tesorería pública y registro en los sistemas SIAF y SIGA.

Tabla 33

Presupuesto Asignado en Salud Colectiva en las Unidades Ejecutoras de la Región Junín, 2017

Unidad Ejecutora	2,013	2,014	2,015	2016	2017
Región Junín- sede central			445,994	3,124,556	498,476
Dirección Regional de Salud Junín ^a	1,720,119	1,721,638	1,675,477	1,945,365	1,597,316
Salud Daniel Alcides Carrión ^a	114,099	114,855	324,457	514,162	275,320
Salud El Carmen ^a	19,213	303,082	20,013	19,256	19,364
Red de Jauja	471,790	809,172	822,149	779,507	689,395
Red de Tarma	1,853,857	2,403,722	2,283,405	2,427,412	3,145,044
Red de Chanchamayo	3,595,872	3,346,162	7,559,346	2,924,652	2,472,061
Red de Satipo	1,462,149	3,871,736	4,007,263	2,430,922	2,014,613
Red de Junín	1,039,207	1,318,165	1,154,338	1,033,002	1,092,610
Red del Valle del Mantaro	3,290,127	4,575,478	5,072,528	5,999,304	3,999,194
Red de Salud Pichanaki ^a			409,675	5,435,980	4,614,266
Red de salud de San Martín de Pangoa ^a			702,700	376,542	477,565
Red de Salud Chupaca ^a					808,216

Nota. Tomado del "portal de transparencia económica," por MEF, 2017e (<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/>).^a Considerada Unidades Ejecutoras que manejan sus propios fondos asignado por el MEF desde el año 2017.

Tal como se muestra en la tabla, la red de salud de Chupaca es la nueva unidad ejecutora con presupuesto propio, por lo que es independiente de la gestión de los fondos asignados en base al plan de trabajo presentado al MINSA. El gobierno regional de Junín quién también recibe un presupuesto, tiene la función de la programación, estudios de pre inversión y la ejecución de la construcción de establecimientos de salud en base a las exigencias técnicas de las normas del MINSA. La deficiencia en la asignación es que el gobierno regional por temas políticos y burocrático, maneja los fondos de inversión a conveniencia y por asociación política, haciendo que las construcciones de puesto de salud sean ineficientes y con altos costos en comparación al mercado local y en ocasiones solicitando aumentos al presupuesto original por malos estudios técnicos o sobrevaloración de la obra, que últimamente ha sido auditado por la Contraloría de la República del Perú.

Para la compra de medicamentos que no han sido adquiridos por el gobierno nacional, la DIRESA Junín puede realizar la compra para todos los centros de salud de su jurisdicción, la ineficiencia de este proceso, es que el área encargada de la compra entra a un proceso de contratación con el Estado, que por lo engorroso, burocrático y político para la aprobación de una compra, demora meses, haciendo que algunos puestos de salud no cuenten con los recursos necesarios para su atención hasta por un año. Para subvencionar gastos como la compra de equipos, la redes de salud solicitan fondos dinerarios al Ministerio de Economía y Finanzas mediante un Recurso Ordinario (RO). Estos RO que son ingresos que proviene de la recaudación tributaria y otros conceptos, los cuales no están vinculados a ninguna entidad y constituyen recursos disponibles de libre programación, incluyéndose los recursos provenientes de la venta de Empresas del Estado; es depositado a la cuenta del Gobierno Regional de Junín destinado a una cuenta exclusiva para la red de salud que haya solicitado. La Red de Salud es quien deriva el fondo adquirido en los centros

de salud donde se requieran el equipamiento de acuerdo a lo solicitado, que de la misma forma ingresa al proceso de contratación con el Estado.

Existe otro medio de financiamiento para las unidades ejecutora, donde solicitan fondos al Ministerio de Economía y Finanzas a través de los Recursos Directamente Recaudados (RDR), que comprende los ingresos generados por las entidades públicas y administrados directamente por éstas. Esta recaudación es utilizada para los beneficios internos de los trabajadores como uniformes y canastas navideñas al fin de año, cuando debería ser destinada para el mejoramiento interno de los centros de salud.

Respecto al manejo contable interno, el responsable del centro es quién reporta a la red que corresponda, sobre los ingresos existentes en caja por atenciones particulares, recaudándose en una cuenta común del gobierno y este a través de RDR distribuye los fondos recaudado para la contratación de recursos humanos bajo la modalidad CAP, actividades recreativas para el personal, incentivos laborales, uniformes y actividades de capacitación (excepto sobre normatividad del SIS y MINSA). Cada centro de salud realiza un presupuesto de las actividades que va a realizar, a fin de que la red de salud pueda aprobar y financiar las actividades bajo normativa del SIS y MINSA, todo el ingreso y salida del dinero es registrado en los sistemas de Ministerio de Economía y Finanzas (SIAF y SIGA) y es registrado por cada red de salud como unidad ejecutora a través de su unidad de economía.

Respecto a la eficiencia en la asignación de presupuesto para equipamiento, infraestructura y recursos humanos, el MEF reporta anualmente el avance del presupuesto del compromiso anual, el cual se acuerda, luego del cumplimiento de los trámites legalmente establecidos, la realización de gastos previamente aprobados, por un importe determinado, que afectan total o parcialmente los créditos presupuestarios, en el marco de los presupuestos aprobados y las modificaciones presupuestarias realizadas. De acuerdo al

reporte de transparencia económica del MEF, las divisiones de planeamiento gubernamental, gestión y salud colectiva, son las asociadas al primer nivel de atención, por lo que mediante ellas, se mide el nivel de eficiencia del gasto público para el beneficio del usuario final. El planeamiento gubernamental se asocia con el planeamiento institucional. Gestión asociada a la dirección, asesoramiento, infraestructura, equipamiento preparación y perfeccionamiento de recurso humano. Salud Colectiva asociada al control epidemiológico y control de riesgos (MEF, 2017).

Los porcentajes de avance del presupuesto es variable cada año (ver Tabla 34), en ninguno caso se aprecia el uso total del presupuesto asignado, por lo que la Dirección Regional de Junín tiene que devolver los fondos no utilizado, siendo un referente para la disminución del presupuesto en los siguientes años. Asimismo se aprecia que para septiembre de 2017, las divisiones funcionales como gestión y salud colectiva muestran un avance entre el 40% y 60%, siendo otra referencia de la ineficiencia en el uso del recurso financiero.

Tabla 34

Nivel de Eficiencia del Gasto Público en Salud

División Funcional	Avance del presupuesto otorgado por el MEF				avance declarado hasta setiembre 2017
	Porcentajes				
	2013	2014	2015	2016	
Planeamiento Gubernamental	93.13	95.91	73.59	98.60	64.40
Gestión	94.92	93.25	95.1	95.38	58.20
Gestión de riesgos y emergencias	95.83	71.05	97.69	99.51	41.10
Salud colectiva	98.75	97.37	97.22	95.27	56.20
Salud individual	93.84	80.02	94.73	94.06	55.60
Asistencia social	96.95	97.52	96.76	97.24	55.60

Nota. Tomado del “portal de transparencia económica,” por MEF, 2017e (<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/>).

4.1.5. Recursos humanos (H)

De acuerdo con la información del Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015 realizado por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA (2015) indicó que para el año 2015, la región Junín disponía de 6,201 profesionales para la salud asistencial y personal administrativo en todos los niveles de atención, de los cuales el 80.62% son recursos derivados para la atención asistencial y el 19.38% son recursos para acciones administrativas. (ver Tabla 35). Del cual, el 60.94% del recurso humano para la Región Junín se encuentran nombrados bajo el régimen 276, el 27,91% se encuentra bajo la modalidad CAS y el resto en otras modalidades. Cabe resaltar que según los bases del concurso público bajo la modalidad CAS, estos contratos tienen un tiempo estimado de contrato de tres a seis meses, con posibilidades de renovación.

Tabla 35

Cantidad de Profesionales por Tipo de Contrato en los Establecimientos de Salud, 2015

Grupo ocupacional	Régimen 276				Régimen 1057 CAS	Régimen 728	Total
	Nombrado	Destacado	Contrato 276	SERUMS			
Profesionales asistenciales	1464	11	83	459	811	25	2853
Profesionales administrativos	92	1	7	0	34	0	134
Técnicos asistenciales	1478	0	47	0	531	16	2072
Técnico administrativos	484	1	21	0	220	0	726
Auxiliares asistenciales	68	0	3	0	3	0	74
Auxiliares administrativo	193	0	17	0	132	0	342
Total	3779	13	178	459	1731	41	6201
	60.94%	0.21%	2.87%	7.40%	27.91%	0.66%	

Nota. Tomado de *Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015*, por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA, 2015.

Respecto al primer nivel de atención, de los 6,201 profesionales del MINSA y Gobierno Regional de Junín; 2,810 son recursos destinados al primer nivel de atención, y de estos 1,537 son profesionales de salud asistencial, es decir el 54.70% de los recursos destinados para el primer nivel de atención. Con esto se demuestra que el 45.3% de los

profesionales son para funciones administrativas, lo cual es representativa, ya que muchos de los procesos administrativos pueden solucionarse con la implementación de tecnología a fin de cubrir con más profesionales de salud al sistema. Asimismo, de los 6,201 profesionales para la región Junín; 5,882 son destinado para la atención asistencial entre administrativos y asistenciales, de los cuales 2,810 son profesionales para el primer nivel de atención, lo que representa el 47.7%, es decir que más de la mitad de los recursos asistenciales se asigna para el segundo y tercer nivel de atención, cuando debería de concentrarse en el primer nivel de atención.

El MINSA es el encargado de realizar la contrata de personal a través del régimen 276 (nombramiento, destacado, contrato 276, SERUMS, residentes), mientras que los contratos bajo el Régimen 1057 CAS es organizado por la DIRESA Junín bajo el presupuesto asignado para sus atenciones en el 1er nivel de atención. Las unidades ejecutoras son organismos desconcentrados que ejecutan su propia gestión a través del presupuesto asignado por el gobierno para la ejecución de sus acciones, por lo que cada unidad ejecutora deriva sus requerimientos de captación de personal para cubrir los puestos de salud al DIRESA Junín y este se encarga de publicar el proceso de contratación para información pública. Para ello, las unidades ejecutoras proponen la asignación o reasignación del personal a los cargos o puestos de trabajo según los requisitos, para dotar de personal a las unidades orgánicas.

Respecto a las visitas realizadas a cuatro puestos y centros de salud de categorías I-1, I-2, I-3 y I-4 de la red del Valle del Mantaro, se ha observado que en los puesto de salud I-1 y I-2, no hay la presencia de médicos, generalmente los puestos son gestionados por el enfermero u obstetra que esté asignado como encargado por la micro red que le corresponda. En el caso de los centros de salud I-3 y I-4 se ha encontrado a médicos, obstetras y enfermeros atendiendo a los pacientes. Con esto se demuestra que existe una

concentración de profesionales en los centro de mayor categoría I-3 y I-4 ya que estos centro de salud son asistenciales y ambulatorias, por lo que demandan más mano de obra de los profesionales de la salud, así como de estar ubicadas en zonas cercanas y céntricas a la ciudad.

Respecto al clima y cultura organizacional, de las entrevistas realizadas a los profesionales del puesto I-1 y I-2, ellos indicaron que el clima laboral es bajo por la tensión de la inestabilidad laboral que ofrece el sistema, que existe una alta rotación de personal entre médicos, enfermeras y asistentes administrativos, que las condiciones para laborar en centros y puestos de salud alejadas de la ciudad no son buenas y aptas para un profesional de la salud, que la falta de integración entre ellos es por la ausencia de líderes que guíen el trabajo y que a ello suma los conflictos políticos que hacen que los proyectos sean insostenibles en el tiempo.

La cultura organizacional no es muy clara, tienen poca cercanía con su micro red o red correspondiente, se concentran en llegar a sus metas de control de morbilidad y atención materno infantil a madres gestantes y niños recién nacidos. Desconocen de las personas quienes trabajen en los puestos más cercano y de la ubicación de las mismas; en el caso de referencia y transferencia de casos, derivan a la micro red encargada a la cual corresponda y solo atienden a las personas de su jurisdicción, de no corresponder les invitan a que vayan a la micro red, ocasionando una saturación de la misma. No existe la integración del médico con el paciente por la cantidad de atenciones que realiza diariamente. Las capacitaciones están dadas más por políticas del sector que por resultados de desempeño, y son de prioridad por eventos de urgencia en temas de salud. Existe un bajo desarrollo de la cultura organizacional, el personal de salud y administrativo no tienen una inducción de empoderamiento de compromiso individual con la visión, misión y valores institucionales, generando un bajo compromiso con el sector.

Las capacidades distintivas de todo el personal es conocida por la profesión de salud que ejercen, ya sea profesional, técnico o asistente, en el caso de los puestos de salud I-1, los obstetras y enfermeros son los encargados de los puestos así como de las prestaciones de salud que realizan. Respecto al estilo de decisión que los funcionarios, ellos consideran ser burocrática, y que la comunicación no llega en su totalidad al puesto de salud. Ellos organizan su trabajo en base a los indicadores impuestos por el SIS y solo se encargan de cumplir con las metas. Las políticas de contratación y despido lo realiza directamente la micro red por intermedio de la DIRESA Junín, el puesto de salud se encarga de pasar los requerimientos de personal para cubrir el puesto a la micro red y este lo deriva a la red que corresponda para que la DIRESA Junín pueda lanzar el concurso público nacional.

Las capacitaciones no son muy frecuentes, porque todos los puestos que salen a concurso nacional tienen requisitos, entre ellos, la experiencia, haciendo que cada profesional realice su trabajo en base a su experiencia. No existe línea de carrera como ascenso por la productividad y habilidades en el trabajo, cada cargo superior es sometido a concurso nacional por intermedio de la DIRESA Junín a través del contrato CAS, además de ser renovable cada tres meses, no otorgando estabilidad laboral y los sueldos son bajos en comparación al mercado. Existe un incentivo de 450 soles mensuales a todos los trabajadores CAS, lleguen o no a la meta asignada, en el caso de no llegar a la meta, se cumple los tres meses de contrato CAS para luego no ser renovado con la misma. Existe algunos servicio que se tercerizan por no contar con el equipamiento suficiente, por ejemplo los exámenes radio X en el caso de los establecimientos de categoría I-3 y I-4, así como tercerizar los servicios de limpieza para estas categorías con mayor demanda poblacional.

El control y ausentismo es controlado por el encargado del puesto y centro de salud, cabe resaltar que según la NOTA DE PRENSA N° 90 -2016-CG/COM de la Contraloría

General de la República, el 47% de los establecimientos de salud no cuentan con el personal de salud requerida, el 20% no brinda atención médica directa ni de soporte a pacientes, es decir que el paciente es atendido por un técnico, enfermero u obstetra asistencial sin la presencia de un médico de familia. Respecto a la higiene y seguridad industrial, se ha encontrado que no todos los profesionales cubre sus áreas respiratorias con la mascarilla, y no se lavan las manos después de atender a un paciente ya que los servicios higiénicos se encuentran alejados, sin agua potable o en ocasiones no cuentan con servicios higiénicos. Los profesionales de la salud se encuentran desmotivados, no tienen contacto directo con su micro red y red correspondiente, se sienten aislados, abandonados y con una inestabilidad laboral que los obliga a buscar otras oportunidades en otros seguros del sistema de salud.

Respecto a los sueldos asignados, en base al proceso de contratación N° 05-2017-RECAS/RDSCH contrato administrativo de servicios (CAS) para los puestos de salud, se verificó que el sueldo de un médico es 4,000 soles, el de una enfermera 2,500 soles y el de un obstetra 2,500 soles. Mientras que en la DIRESA Ayacucho, los médicos para puestos de salud ganan 4,600 soles, los enfermeros 2,600 soles y los obstetras 2,700 soles. Caso similar pasa con la DIRESA Pasco, donde los médicos para puestos de salud ganan 4,500 soles, enfermeros 1,600 soles y obstetras 1,600 soles. Con esta información se demuestra que existe una variación entre los sueldos de médicos por las DIRESAS ocasionando que los médicos busquen la mejor opción para beneficiarse económicamente, dejando sin profesionales a los puestos de salud de la región Junín.

La DIRESA Junín tiene la potestad de elegir a sus cargos de confianza y directores de los centros de salud según su conveniencia, muchas de ellas rotan constantemente por convenios y amarres políticos, haciendo que ningún proyecto de contratación de personal sea sostenible, no hay cualidades de líderes, no tienen capacitaciones de gestión de personal ni gerencia, son jefes rotativos y no llegan a culminar un proyecto sostenible para el centro

de salud.

4.1.6. Sistemas de información y comunicaciones (I)

Las redes de salud como redes ejecutoras, reciben un presupuesto asignado por el MINSA a través de los fondos del Ministerio de Economía y Finanzas, los egresos que se ejecutan con los fondos son registradas en los sistemas de la tesorería pública: Sistema Integrado de Administración Financiera [SIAF] y el Sistema Integrado de Gestión Administrativa [SIGA]. El SIAF es un sistema informático que permite administrar, mejorar y supervisar las operaciones de ingresos y gastos de las unidades ejecutoras, además de permitir la integración de los procesos presupuestarios, contables y de tesorería de cada entidad. El SIGA es un sistema integral informático que abarca los procesos técnicos de abastecimientos, la gestión patrimonial, los procesos de tesorería y de planificación. El ingreso de información en el SIAF y SIGA es realizada por la unidad ejecutora a través de la unidad de economía, quien agrupa la información de todas las micro redes que tiene a cargo.

La información de gestión de cada centro de salud, su evolución estadística, cumplimiento de indicadores no son de acceso público, pese a existir una ley de la transparencia que indica que deberían ser exhibidos en algún portal de acceso público, convirtiéndose en una falta de información para cada uno de ellos, pues no les permite compararse con otros en base a resultado, y de encontrarse publicado en la página web de la DIRESA Junín o de sus redes de salud, éstos se encuentran desactualizados. Los establecimientos de salud no cuentan con acceso a internet por lo que es difícil ubicar a los centros de salud más cercanos a ellos, a fin de mandar mensajes de emergencias o historial de referidos. Los sistemas de seguridad de los expedientes médicos de los pacientes son ineficientes, pues aún se sigue trabajando con papeles de trabajo como fichas y fólderres con alto riesgo de ser extraviados o adulterados. La información por paciente se encuentra desactualizada, cada centro de salud maneja su propia base de datos, pues no existe un

sistema que les permita consolidar toda la información de las redes de salud. El SIS no financia un presupuesto para la información y comunicación, pero la red de salud podría financiarlos con otros recursos como una RO o RDR. Se carece de un sistema gerencial para la toma de decisión, que permita integrar el sistema de información del sector salud, compartiendo y llevando a una inteligencia de negocio integro, existe una baja presencia con sistemas de información de tendencia a medios de comunicación celular o los más conocidos como Smartphone a través de app.

4.1.7. Tecnología e investigación y desarrollo (T)

De acuerdo al organigrama estructural de la DIRESA Junín, no se haya un área específica de tecnología, investigación y desarrollo; asimismo dentro del organigrama estructural de una red de salud, tampoco existe dicha área, por lo que se demuestra que no existe un presupuesto derivado a este tipo de actividad. Cabe resaltar que si una unidad ejecutora respalda esta actividad y lo presenta en los planificación del presupuesto anual, éste tipo de actividad podría tener financiamiento para un siguiente año. La única área que se relaciona a la tecnología es la estadística informática y telecomunicaciones, pero no son propias de las actividades de tecnología e investigación y desarrollo. Los motivos son parte la política de Estado y presupuesto limita desarrollar dicha actividad. Ningún centro de salud cuenta con personas especializadas en investigación y el desarrollo, no se asina recursos necesarios para desarrollar esta actividad, por lo tanto, no contribuyen al centro de salud. Los productos que se ofrecen en salud no son competitivos y no tienen la tecnología a la mano como para ser usados en las visitas médicas a domicilio. Los procesos administrativos, procesos operativos médicos en el primer nivel de atención médico no se desarrollan por depender de las políticas de turno, a ello se suma la restricción de apoyo tecnológico informático, equipamiento médico incluyendo su propio mantenimiento

preventivo, correctivo y calibración certificado e inclusive capacitación y entrenamiento frecuente de los equipos tecnológicos médicos.

4.2. Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)

La Matriz Evaluación de Factores Internos del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín permite, de un lado, resumir y evaluar las principales fortalezas y debilidades en las áreas funcionales del sector, y por otro lado, ofrece una base para identificar y evaluar las relaciones entre esas área (D'Alessio, 2015) (ver Tabla 36).

4.3. Conclusiones

La estructura detalla que al ministerio de salud MINSA como ente rector del sector salud y que el marco de la descentralización administrativa de los poderes del Estado son las Direcciones Regionales de Salud las encargadas de ejecutar las políticas y estrategias de este sector, encargando a las redes y micro redes de salud como unidades ejecutoras a fin de llegar brindar atención médica en todo el territorio peruano. Por ello en el departamento Junín se recopilado información de las Dirección Regional de Salud Junpin DIRESA JUNIN y de las redes y micro redes que la conforman, evidenciando información sobre la atención primaria sobre promoción y prevención de la salud colectiva. Donde administración y Gerencia siendo la DIRESA quien administra los recursos derivados del Ministerio de Economía y Finanzas, tiene autonomía administrativa y económica siguiendo las regulaciones del MINSA. Los males endémicos asociados a ellos es la demora en los procesos producto de la burocracia para ejecutar los proyectos y actividades programados. En lo referido Marketing, hemos realizado en estudio del Mix de Marketing que corresponde al Producto, Precio, Promoción y Plaza de los servicios realizados en los centros de salud del primer nivel de atención.

En cuanto a las operaciones que realiza la DIRESA hemos estudiado los procesos para dar el servicio de Salud y cómo es la cadena de logística para suministrar los recursos.

Tabla 36

MEFI del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

	Factores Claves de Éxito	Peso	Valor	Ponderación
Fortalezas				
1	Contar con 478 centros y puestos de salud en el primer nivel atención (líder en la macro región) de los cuales 283 son de categoría I-1.	0.07	4	0.28
2	Contar con nueve redes de salud como unidades ejecutoras distribuidas geográficamente en las provincias con presupuesto propio para gestión de procesos.	0.06	4	0.24
3	Las micro redes de salud son promovidas por la DIRESA Junín como unidades ejecutoras por eficiencia y desempeño en indicadores de gestión.	0.06	3	0.18
4	Alta difusión de campañas de salud en los puestos y centros de salud de zonas rurales.	0.05	4	0.20
5	Profesionales de salud con experiencia y conocimiento en atención preventiva.	0.06	4	0.24
6	Otras formas de financiamiento a través de recursos ordinarios y recursos directamente recaudados.	0.07	3	0.21
7	Alta cobertura de centros y puestos de salud por mapeo de población vulnerable en los 123 distritos de la región Junín.	0.06	3	0.18
Total de fortalezas		0.43		1.53
Debilidades				
1	Los puestos y centros de salud no cumplen con el 100% de los indicadores cápita, desempeño, afiliación y reposición del SIS.	0.05	1	0.05
2	Profesionales de la salud de puestos y centros de salud desconocen de herramientas de administración y gestión de recursos para cumplimiento de indicadores SIS.	0.05	2	0.10
3	El 51% de los centros de salud no cuentan con servicios básicos y unidades asistenciales mínimas.	0.06	1	0.06
4	El 27.91% de los profesionales de la salud se encuentran en el régimen laboral 1057 CAS con escalas remunerativas diferentes y menores al mercado.	0.06	1	0.06
5	Pésimas condiciones laborales similares para el personal de salud que trabaja en lugares rurales y urbanos.	0.06	1	0.06
6	Puestos de salud I-1 y I-2 ubicadas en zonas rurales con baja capacidad de atención médica.	0.06	1	0.06
7	Los establecimientos de salud carecen del equipamiento mínimo requerido para la atención médica según su categoría.	0.06	1	0.06
8	Ineficiente gestión de abastecimiento y control del stock de medicamentos en los centros y puestos de salud.	0.06	1	0.06
9	Falta de cultura de innovación y desarrollo en las redes y micro redes de salud.	0.06	1	0.06
10	Carecen de sistema de información integrado para gestión de procesos y asignación de recursos en base a la eficiencia y productividad.	0.05	1	0.05
Total de debilidades		0.57		0.62
Total		1.00		2.15

Nota. Valor: 4. Fortaleza mayor, 3. Fortaleza menor, 2. Debilidad menor, 1. Debilidad mayor.

La parte de Finanzas y contabilidad corresponde a los presupuestos otorgados por el MEF a la DIRESA y como se distribuye en las Redes asistenciales. En la Recursos Humanos hemos analizado todo lo referido al personal administrativo y asistencial de los Centros de Salud del primer nivel de atención de la región Junín, enmarcados en el ROF y MOF. En lo referido a tecnológico se ha estudiado las fortalezas y debilidades que competen al primer nivel de atención.



Capítulo V: Intereses del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín y Objetivos de Largo Plazo

En este capítulo se formularán y establecerán los intereses del sector salud en Junín y los objetivos a largo plazo teniendo como base las auditorías externa e interna analizadas en el capítulo III y IV respectivamente. “Para ello es necesario considerar los intereses, potencial organizacional, y los principios cardinales de la organización” (D’Alessio, 2015, p. 213).

5.1. Intereses del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

D’Alessio (2015) sostuvo que los aspectos que le interesan a una organización y que trata de alcanzarlos a cualquier costo son denominados *intereses organizacionales*, que de acuerdo a su nivel de intensidad (se miden por el resultado de alcanzarlos) pueden ser vitales, importantes y periféricos; por la interacción o relación que tiene la organización con los competidores y otras organizaciones son definidos como comunes y opuestos.

Cobertura de profesionales de la salud. Cada puesto y centro de salud del primer nivel de atención debe de contar con los profesionales de salud mínimos requeridos por categoría de atención según la norma técnica 021 MINSA. Por lo que es necesario que los profesionales de salud deben estar preparados, capacitados y concientizados en la promoción de salud y prevención de enfermedades sea la jurisdicción que les corresponda.

Estabilidad laboral y línea de carrera. El 27.91% de los profesionales de la salud del MINSA y Gobierno Regional de Junín se encuentran laborando bajo el régimen laboral 1057 CAS, por lo que éste tipo de contrato no les otorga estabilidad laboral. Asimismo el 60.94% se encuentra nombrados bajo la modalidad 276 que les permite tener un contrato indefinido pero no la posibilidad de hacer línea de carrera. Los trabajadores de la salud buscan estabilidad laboral y línea de carrera en base a la eficiencia y desempeño en sus funciones.

Abastecimiento de medicamentos. Los puestos y centros de salud del primer nivel de atención deben contar con los medicamentos mínimos requeridos para cumplir con el abastecimiento gratuito a la población vulnerable. Los establecimientos necesitan que sus redes de salud les otorguen los medicamentos en el momento oportuno de acuerdo a sus requerimientos a fin de evitar el substock y vencimiento de los mismos.

Abastecimiento de equipos médicos operativos. Los puestos y centros de salud necesitan contar con el equipo necesario y operativo para las atenciones en todas las categorías del primer nivel de atención, por lo que éstos equipos deben tener un plan de mantenimiento continuo y reposición inmediata al establecimiento de salud.

Infraestructura adecuada y moderna. Los puestos y centros de salud deben estar diseñados para la atención al paciente, con espacios adecuados, cómodos y servicios básicos a la población. Deben contar con laboratorios para exámenes básicos, limpios y equipados para su atención.

Atención de requerimientos en el momento oportuno. Las redes de salud deben atender los requerimientos de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención de manera eficiente, oportuna y evitando el procedimiento burocrático para su atención.

Financiamiento del SIS. Los establecimientos de salud, micro redes y redes de salud necesitan del financiamiento del SIS para atender de forma gratuita a la población vulnerable por categoría de atención. Los establecimientos de salud necesitan de una infraestructura adecuada, equipamiento médico y recurso humano de salud óptimo para el cumplimiento de indicadores SIS y con ellos recibir el 100% del presupuesto asignado inicialmente.

Prestación de servicio de salud inmediata y de calidad. Los profesionales de la salud deben estar a la disposición de los pacientes de manera inmediata, con un trato respetuoso, oportuno y de calidad. Para lo cual, los centros de salud necesitan contar con la

densidad óptima en recurso humano de salud, infraestructura adecuada y equipamiento mínimo necesario para la atención.

5.2. Potencial del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región

Junín

Corresponde al análisis interno del sector, al respecto D'Alessio (2015), afirma que este capítulo es necesario analizar los siete dominios del sector que son: (a) demográfico, (b) geográfico, (c) lo económico, (d) desarrollo tecnológico, (e) experiencia pasada, (f) gobierno, (g) militar.

Demográfico. Junín es la región más poblada de las regiones del macro centro del Perú, que se encuentra en crecimiento, con un desarrollo urbano desordenado y una migración de la población a lugares donde hay mayores posibilidades de desarrollo económico como la ciudad de Huancayo, ocasionando el nacimiento de asentamientos humanos en territorios no aprobados por la municipalidad y sin contar con todos los servicios básicos para vivir. La población rural todavía se presenta en las zonas alejadas de las ciudades donde es difícil acceder por lo inhóspito del territorio y accidentadas carreteras que llegan hacia ellas. El 50% de población de la región Junín es femenina, por lo que existe una alta probabilidad de embarazos y nacimientos de nuevas poblaciones, así como el envejecimiento de las personas. La población capta enfermedades ocasionadas por los cambios climáticos, contaminación ambiental y saneamiento urbano, así como enfermedades sociales como la salud mental, cardiovasculares y transmisión sexual.

Geográfico. Junín cuenta con 13 distritos ubicados en dos regiones naturales: sierra y selva, con una variedad de climas y temperaturas; la sierra se caracteriza por tener diferentes pisos altitudinales con diferentes niveles de friaje, y la selva con abundante vegetación y temperaturas calientes. Los puestos y centros de salud se ubican en las todas

las provincias y distritos de la región Junín, cada provincia cuenta con un puesto de salud y como referido a una micro red y red de salud ubicado en su misma provincia.

Lo económico. Existe una alta informalidad del empleo, por lo que lo que un empleado informal no aporta directamente al sistema de salud. El SIS financia a los puestos y centros de salud para la atención primaria a la población vulnerable siempre y cuando cumplan con los indicadores de prestaciones, producción y abastecimiento. Existe desconocimiento de las formas de aportar al SIS así como desconocimientos de los servicios que ofrece.

Desarrollo tecnológico. Los puestos y centros de salud no cuentan con una plataforma de tecnológica para referir pacientes a los centros de salud con mayor categoría y especialización en atención.

Histórico/Sociológico/Psicológico. Existe una gran fluctuación de profesionales de la salud en la región por la alta demanda laboral de otras aseguradoras con mayores beneficios económicos y laborales, generando la pérdida de mano de obra en los puestos y centros de salud. Se ha tenido el apoyo de organismos internacionales para sensibilizar a la población sobre el acceso a un seguro de salud. Existe una trascendencia sobre la burocracia y corrupción sobre el abastecimiento de medicamentos, equipos y construcción de infraestructura de los puestos y centros de salud.

Organizacional/administrativo. El sector salud en la región Junín tiene una estructura funcional, con entes reguladores, de apoyo y supervisión. Cada puesto y centro de reporta a su micro red que a su vez reporta a la red y éste a la DIRESA Junín. Asimismo recibe el apoyo de las municipalidades de sus distritos y anexos para temas de saneamiento y abastecimientos de recursos. La estructura se muestra burocrática, funcional y poco eficiente para el abastecimiento de recursos. Existe cambio de gestión cada cuatro años por elecciones regionales y provinciales.

Militar. El ejército peruano tiene presencia en las provincias de la región Junín a fin resguardan la seguridad de la población, también se cuenta con el apoyo de la policía nacional y de serenazgo en cada provincia y distrito, en el caso de requerir el apoyo para la atención a pacientes de puestos y centros de salud.

5.3. Principios Cardinales del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

Los principios cardinales hacen posible reconocer las oportunidades y amenazas para una organización en su entorno (D'Alessio, 2015), para lo cual se tomarán los siguientes puntos:

Influencia de terceras partes. El Perú tiene relaciones de cooperación bilateral con organismos internacionales y países desarrollados con el fin de apoyar a sectores crítico como la salud a través de becas, asesorías y transferencia de fondos. Asimismo existe programas de inclusión social como Pensión 65, Qualiwarma, Beca 18 y “Tambos” para que la población de zonas alejadas y rurales puedan tener la misma posibilidades de la población urbana, entre ellas el acceso a la salud universal.

Lazos pasados y presentes. Las regiones del Perú a través de las distintas formas de aseguramientos universal ofrecen a los profesionales de la salud distintas alternativas para que puedan laborar en sus aseguradoras, entre ellas SIS, Essalud, PNP, ejército del Perú y sector privada.

Contrabalance de intereses. Las redes, micro redes y sus puestos de salud de las macro regiones tienen intereses en común en cumplir los indicadores de morbilidad, desempeño, cobertura y retribución, para recibir el financiamiento al 100% del SIS.

Conservación de los enemigos. Las redes, micro redes y sus puestos de salud mantiene buenas relaciones con las demás macro regiones del centro pese a tener una gran competencia por los profesionales de la salud, ya que en el caso de no contar con el

equipamiento para exámenes médicos, existe convenio de apoyo entre ellas.

5.4. Matriz de Intereses del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín (MIO)

Tabla 37

Matriz de Intereses del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín (MIO)

Intereses Organizacionales	Intensidad del Interés		
	Vital (Peligroso)	Importante (Serio)	Periférico (Molesto)
1. Cobertura de profesionales de la salud.	DIRESA Macro Región *, Farmacias, Clínicas.	Clínicas, Consultorios	Medicina natural, medicina alterna, consultorios privados
2. Estabilidad laboral y línea de carrera.	DIRESA Macro Región *	Clínicas, Consultorios	Medicina natural, medicina alterna, farmacias.
3. Abastecimiento de medicamentos.	DIRESA Macro Región *	Clínicas, Consultorios	Medicina natural, medicina alterna, farmacias.
4. Abastecimiento de equipos médicos operativos.	DIRESA Macro Región *.	Clínicas, Consultorios	Medicina natural, medicina alterna, farmacias.
5. Infraestructura adecuada y moderna.	DIRESA Macro Región *.	Clínicas, Consultorios	Medicina natural, medicina alterna, farmacias.
6. Atención de requerimientos en el momento oportuno.	DIRESA Macro Región *.	Clínicas, Consultorios	Medicina natural, medicina alterna, farmacias.
7. Financiamiento del SIS.	DIRESA Macro Región *.	Clínicas, Consultorios	Medicina natural, medicina alterna, farmacias.
8. Prestación de servicio de salud inmediata y de calidad.	DIRESA Macro Región *.	Clínicas, Consultorios	Medicina natural, medicina alterna, farmacias.

Nota: Adaptado de *El proceso estratégico: un enfoque de gerencia*, por F. D'Alessio, 2015, p. 217.

5.5. Objetivos de Largo Plazo

1. Para el 2027 obtener el 98% del nivel óptimo en disponibilidad de abastecimiento de medicamentos en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte a octubre del 2016 de la DIRESA Junín los centros y puestos de salud del primer nivel de atención cuentan con un 88.11%.

De acuerdo al reporte de abastecimiento de medicamentos de la Dirección Regional de Salud de Junín (2017), para el año 2013, el promedio disponible de medicamentos inició con 81.78% y alcanzó el 88.11% para el año 2016, por lo que se toma como referencia un crecimiento del 1% anual para lograr obtener un 98% de abastecimiento de medicamentos al 2027.

2. Para el 2027 se logrará una densidad de profesionales de salud (médicos, obstetras y enfermeros) de 19.70 por cada 10,000 habitantes para la conformación de unidades asistenciales mínimas requeridas en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. En el 2015 la densidad de profesionales de la salud fue 14.69 según la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA.

De acuerdo al reporte de densidad de recurso humano para el primer nivel de atención realizado por el Ministerio de Salud (2015) se ha evidenciado que la densidad del recurso humano en salud de la región Junín fue de 14.69 por cada 10,000 habitantes para el año 2014, mientras que las demás regiones del macro centro obtuvieron una densidad de 23.37 a 26.75 por cada 10,000. Por lo que se estima un crecimiento sostenible de 0.50 por cada 10,000 habitantes anualmente para lograr obtener el 19.70 al 2027.

3. Para el 2027 se logrará el abastecimiento del 50% del equipamiento médico operativo en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Hasta la fecha no se evidencia datos históricos sobre el nivel de abastecimientos médico en los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde informa que el 100% de los establecimientos de salud carecen del equipamiento mínimo requerido.

Al no existir data histórica respecto al nivel de equipamiento, proyectamos una gestión de equipamiento médico del 6.5% consecutivo anualmente a través de la compra, reparación, redistribución y mantenimiento continuo de equipos médicos. Cabe resaltar que el 6.5% equivale a 31 establecimientos anuales consecutivos, que en los siguientes ocho años, se logrará abarcar a 240 establecimientos, siendo el 50% del total de puestos y centros de salud en la región Junín.

4. Para el 2027 se logrará que el 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín tengan la infraestructura básica (servicios de saneamiento básicos). Hasta la fecha no se evidencia el comportamiento histórico de la infraestructura de los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde menciona que el 27% de los establecimientos de salud carecen de servicios básicos sanitarios.

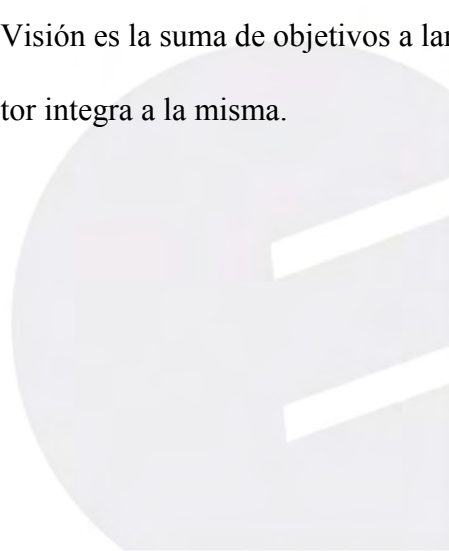
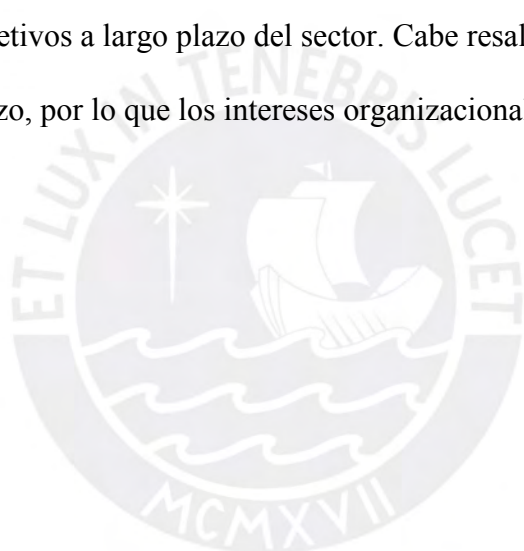
Al no existir una data histórica del nivel en infraestructura para centros y puestos de salud, se proyecta abarcar al 10% consecutivo anual de establecimientos de salud, con el término de obras y mantenimiento. Cabe resaltar que el 12.5% equivale a 60 establecimientos anuales consecutivos, que en los siguientes ocho años, se logrará abarcar a 480 establecimientos, siendo el 100% del total de puestos y centros de salud en la región Junín.

5. Para el 2027 se logrará hacer uso eficiente y sincero del gasto público en gestión al 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, se ha evidenciado que el uso del gasto público en gestión es del 95.38% al año 2016.

De acuerdo reporte del Ministerio de Economía y Finanzas (2017), el nivel de eficiencia en gasto para gestión del primer nivel de atención pública de la región Junín inició con 94.92% para el año 2013 y alcanzó el 95.38% para el año 2016. Por lo que se proyecta el uso eficiente del gasto al 100% en actividades relacionadas con infraestructura, mantenimiento y recurso humano, ya que el presupuesto es asignado acorde a la planificación de gastos realizada por la Dirección Regional de Salud y sus redes de salud con un año de anticipación.

5.6. Conclusiones

Los intereses organizacionales, potencial organizacional y principios cardinales del primer nivel de atención pública de la región Junín otorgan la referencia para plantear los objetivos a largo plazo del sector. Cabe resaltar que la Visión es la suma de objetivos a largo plazo, por lo que los intereses organizacionales del sector integra a la misma.



Capítulo VI: El Proceso Estratégico

En el capítulo VI se presenta la etapa de proceso estratégico que tiene como punto final la elección de las estrategias, esto después de un conjunto de análisis desde el capítulo I hasta el capítulo V. Para lo cual se realizará un filtro de tres fases: (a) Etapa de entrada (insumos), (b) emparejamiento (combinación), y (c) salida (decisión); y luego producir las estrategias finales que lleven a la organización del presente al futuro deseado.

6.1. Matriz de Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)

En la Tabla 38 se presenta la Matriz FODA para el primer nivel de atención en salud pública de la región Junín. A partir de analizar en conjunto las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas se generaron 22 estrategias que se dividen en cuatro grupos como se detalla a continuación

Fortalezas-oportunidades: Explote.

- Estrategia 1: Fortalecer las cooperaciones bilaterales con organismos internacionales, países cooperantes y programas nacionales de inclusión social, con el fin de mejorar proyectos sostenibles de prevención y promoción de salud en los puestos y centros del primer nivel de atención pública.
- Estrategia 2: Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.
- Estrategia 3: Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.
- Estrategia 4: Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por

periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.

- Estrategia 5: Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.
- Estrategia 6: Establecer convenios con las municipalidades de las zonas rurales para mejorar las condiciones laborales y de habitabilidad para profesionales asistenciales en redes de salud del primer nivel de atención pública.
- Estrategia 7: Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.

Fortalezas – amenazas: Confronte.

- Estrategia 8: Incentivar programas en Gestión de Salud pública en el primer nivel de atención a través de las escuelas de negocios de la región orientados a profesionales de salud.
- Estrategia 9: Fortalecer alianzas estratégicas con las empresas mineras para programas de sensibilización a la población en la prevención de enfermedades.
- Estrategia 10: Fortalecer la comunicación entre las municipalidades y comunidades con los puestos de salud I-1 y I-2 a través de alertas médicas, con el fin de promover la salud y prevención de enfermedades de manera oportuna en las zonas vulnerables sin cobertura a internet.
- Estrategia 11: Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y

equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.

- Estrategia 12: Implementar acuerdos de continuidad y atención inmediata de requerimientos de puestos y centros de salud por cambio de gobierno nacional y regional.
- Estrategia 13: Fortalecer las campañas nutricionales y de salud mental de los puestos y centros de salud en las población urbana vulnerable a través de actividades familiares y de participación ciudadana con el apoyo de las municipalidades

Debilidades-oportunidades: Busque.

- Estrategia 14: Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública
- Estrategia 15: Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.
- Estrategia 16: Estandarizar los sueldos de los profesionales de salud del primer nivel de atención pública contratados bajo la modalidad CAS en base a la competencia, con la finalidad que cubrir la atención en salud en las zonas rurales vulnerables.
- Estrategia 17: Re categorizar estratégicamente a los puestos de salud I-1 como I-2 con la implementación de laboratorios en zonas rurales alejadas para lograr la

atención médica de los pacientes de manera oportuna y resolutive.

- Estrategia 18: Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.
- Estrategia 19: Estandarizar el equipamiento médico para establecer indicadores únicos de eficiencia, control y gestión en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.
- Estrategia 20: Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.

Debilidades-amenazas: Evite.

- Estrategia 21: Promover la difusión de la cultura organizacional en los puestos y centros de salud para obtener el fortalecimiento en imagen institucional e identidad gubernamental.
- Estrategia 22: Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.

6.2. Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de Acción (MPEYEA)

En la Tabla 37 se observa la Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA). La Matriz PEYEA tiene dos ejes que combinan los factores relativos a la industria (la fortaleza de la industria y la estabilidad del entorno) y otros dos ejes que combinan los factores relativos de la organización (la fortaleza financiera y la ventaja competitiva) (D'Alessio, 2015). En el caso del sector salud de la región Junín, la estabilidad del entorno y la estabilidad financiera depende del aporte en el presupuesto nacional.

Tabla 38

Matriz FODA del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<p>1. Contar con 478 centros y puestos de salud en el primer nivel atención (líder en la macro región) de los cuales 283 son de categoría I-1.</p> <p>2. Contar con 9 redes de salud como unidades ejecutoras distribuidas geográficamente en las provincias con presupuesto propio para gestión de procesos.</p> <p>3. Las micro redes de salud son promovidas por la DIRESA Junín como unidades ejecutoras por eficiencia y desempeño en indicadores de gestión.</p> <p>4. Alta difusión de campañas de salud en los puestos y centros de salud de zonas rurales.</p> <p>5. Profesionales de salud con experiencia y conocimiento en atención preventiva.</p> <p>6. Otras formas de financiamiento a través de recursos ordinarios y recursos directamente recaudados.</p> <p>7. Alta cobertura de centros y puestos de salud por mapeo de población vulnerable en los 123 distritos de la región Junín.</p>	<p>1. Los puestos y centros de salud no cumplen con el 100% de los indicadores cápita, desempeño, afiliación y reposición del SIS.</p> <p>2. Profesionales de la salud de puestos y centros de salud desconocen de herramientas de administración y gestión de recursos para cumplimiento de indicadores SIS.</p> <p>3. El 51% de los centros de salud no cuentan con servicios básicos y unidades asistenciales mínimas.</p> <p>4. El 27.91% de los profesionales de la salud se encuentran en el régimen laboral 1057 CAS con escalas remunerativas diferentes y menores al mercado.</p> <p>5. Pésimas condiciones laborales similares para el personal de salud que trabaja en lugares rurales y urbanos.</p> <p>6. Puestos de salud I-1 y I-2 ubicadas en zonas rurales con baja capacidad de atención médica.</p> <p>7. Los establecimientos de salud carecen del equipamiento mínimo requerido para la atención médica según su categoría.</p> <p>8. Ineficiente gestión de abastecimiento y control del stock de medicamentos en los centros y puestos de salud.</p> <p>9. Falta de cultura de innovación y desarrollo en las redes y micro redes de salud.</p> <p>10. Carecen de sistema de información integrado para gestión de procesos y asignación de recursos en base a la eficiencia y productividad.</p>
OPORTUNIDADES	FO: Explote	DO: Busque
<p>1. Sistema Integral de Salud (SIS) financia a la DIRESA Junín para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención.</p> <p>2. El MEF proyecta una variación porcentual del 3% del PBI nacional para el año 2017 con tendencia a crecimiento para los siguientes años. El PBI de la región Junín ha presentado mayor crecimiento porcentual en los últimos años (INEI, 2015b).</p> <p>3. Países desarrollados y organismos internacionales cooperan bilateralmente con el Perú para el desarrollo de sectores críticos como la salud con asesoría, fondos y becas.</p> <p>4. Programas nacionales de inclusión social vinculadas con el sector salud.</p> <p>5. Incremento en la oferta de profesionales y técnicos de la salud.</p> <p>6. Cobertura de internet y banda ancha a nivel nacional y regional.</p> <p>7. Implementación de aplicativos virtuales por parte del MINSA para el desarrollo, seguimiento y control de información.</p> <p>8. Municipalidades apoyan con recursos al primer nivel de atención de su jurisdicción.</p>	<p>FO1: Fortalecer las cooperaciones bilaterales con organismos internacionales, países cooperantes y programas nacionales de inclusión social, con el fin de mejorar proyectos sostenibles de prevención y promoción de salud en los puestos y centros del primer nivel de atención pública (F1,F2,F7,O3,O4,O8).</p> <p>FO2: Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública (F1,F2,F5,F7,O6,O7).</p> <p>FO3: Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana (F1, F2, F4, O6, O7).</p> <p>FO4: Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos. (F1,F2,F5,F7,O2,O3,O4,O5,O6,O7)</p> <p>FO5: Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública (F3,F5,F6,O3,O4,O7,O8).</p> <p>FO6: Establecer convenios con las municipalidades de las zonas rurales para mejorar las condiciones laborales y de habitabilidad para profesionales asistenciales en redes de salud del primer nivel de atención pública. (F5,F6,O8).</p> <p>FO7: Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública (F1, F2, O6, O7).</p>	<p>DO1: Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública (D1,D2,O3,O5,O6).</p> <p>DO2: Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades (D3,O2,O8).</p> <p>DO3: Estandarizar los sueldos de los profesionales de salud del primer nivel de atención pública contratados bajo la modalidad CAS en base a la competencia, con la finalidad que cubrir la atención en salud en las zonas rurales vulnerables. (D4,D5,O2).</p> <p>DO4: Re categorizar estratégicamente a los puestos de salud I-1 como I-2 con la implementación de laboratorios en zonas rurales alejadas para lograr la atención médica de los pacientes de manera oportuna y resolutive (D6,D7,D10, O1,O2).</p> <p>DO5: Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región (D6,D7,D10,O2,O4,O6,O7,O8)</p> <p>DO6: Estandarizar el equipamiento médico para establecer indicadores únicos de eficiencia, control y gestión en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública (D7,D10,O1,O2).</p> <p>DO7: Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno (D1,D2,D8,D9,O2,O6,O7)</p>
AMENAZAS	FA: Confronte	DA: Defensivas
<p>1. El presupuesto nacional asignado al SIS está disminuyendo desde el año 2016 perjudicando el fondo asignado a la DIRESA Junín.</p> <p>2. Cambio de gestión administrativa en el sistema de salud por elecciones regionales y nacionales.</p> <p>3. Transición poblacional para el año 2025 y 2050 con el aumento de la población infantil y longeva.</p> <p>4. Incremento de la tasa de enfermedades cardiovasculares, infecciones y sociales (transición epidemiológica) en la población urbana.</p> <p>5. Incremento de universidades sin licencia para carreras profesionales de la salud.</p> <p>6. El gobierno nacional no promueve el nombramiento público para el personal de salud.</p> <p>7. Riesgo en salud sanitaria en hogares pobres y extrema pobreza por no contar con servicios básicos y sanitarios. INEI (2015).</p> <p>8. Riesgo de intoxicaciones por la actividad minera. MINAM (2014).</p> <p>9. Población de las zonas alto andinas afectadas por el incremento de fenómenos naturales como las heladas y lluvias intensas. OCDE (2016).</p> <p>10. Corrupción en los distintos niveles de la estructura burocrática del sistema público y privado de salud.</p> <p>11. Oferta de escalas remunerativas bajo la modalidad CAS por parte de las aseguradoras de salud público y privado.</p>	<p>FA1: Incentivar programas en Gestión de Salud pública en el primer nivel de atención a través de las escuelas de negocios de la región orientados a profesionales de salud (F5,A1,A2).</p> <p>FA2: Fortalecer alianzas estratégicas con las empresas mineras para programas de sensibilización a la población en la prevención de enfermedades. (F1, F4, A7).</p> <p>FA3: Fortalecer la comunicación entre las municipalidades y comunidades con los puestos de salud I-1 y I-2 a través de alertas médicas, con el fin de promover la salud y prevención de enfermedades de manera oportuna en las zonas vulnerables sin cobertura a internet. (F1,F2,A3,A7,A8,A9).</p> <p>FA4: Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud (F1,F2,F3,A2,A10).</p> <p>FA5: Implementar acuerdos de continuidad y atención inmediata de requerimientos de puestos y centros de salud por cambio de gobierno nacional y regional (F1,F2,F3,A2,A10)</p> <p>FA6: Fortalecer las campañas nutricionales y de salud mental de los puestos y centros de salud en las población urbana vulnerable a través de actividades familiares y de participación ciudadana con el apoyo de las municipalidades (F1,F5,F8,A4).</p>	<p>DA1: Promover la difusión de la cultura organizacional en los puestos y centros de salud para obtener el fortalecimiento en imagen institucional e identidad gubernamental. (D1, D2, A1, A8).</p> <p>DA2: Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas (D2,D3,D7,D8,A3)</p>

La fortaleza de la industria y la ventaja competitiva dependen de la eficiencia en la utilización del total del presupuesto asignado. A continuación, se presenta la Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA) del sector salud. De acuerdo al resultado obtenido por la calificación de factores, se deben implantar las estrategias defensivas como: reducción de costos, atrincheramiento, desposeimiento, liquidación, fusión y cosechar productos; por su pobre fortaleza financiera, alta turbulencia del entorno, industria poco atractiva, aceptable ventaja competitiva.

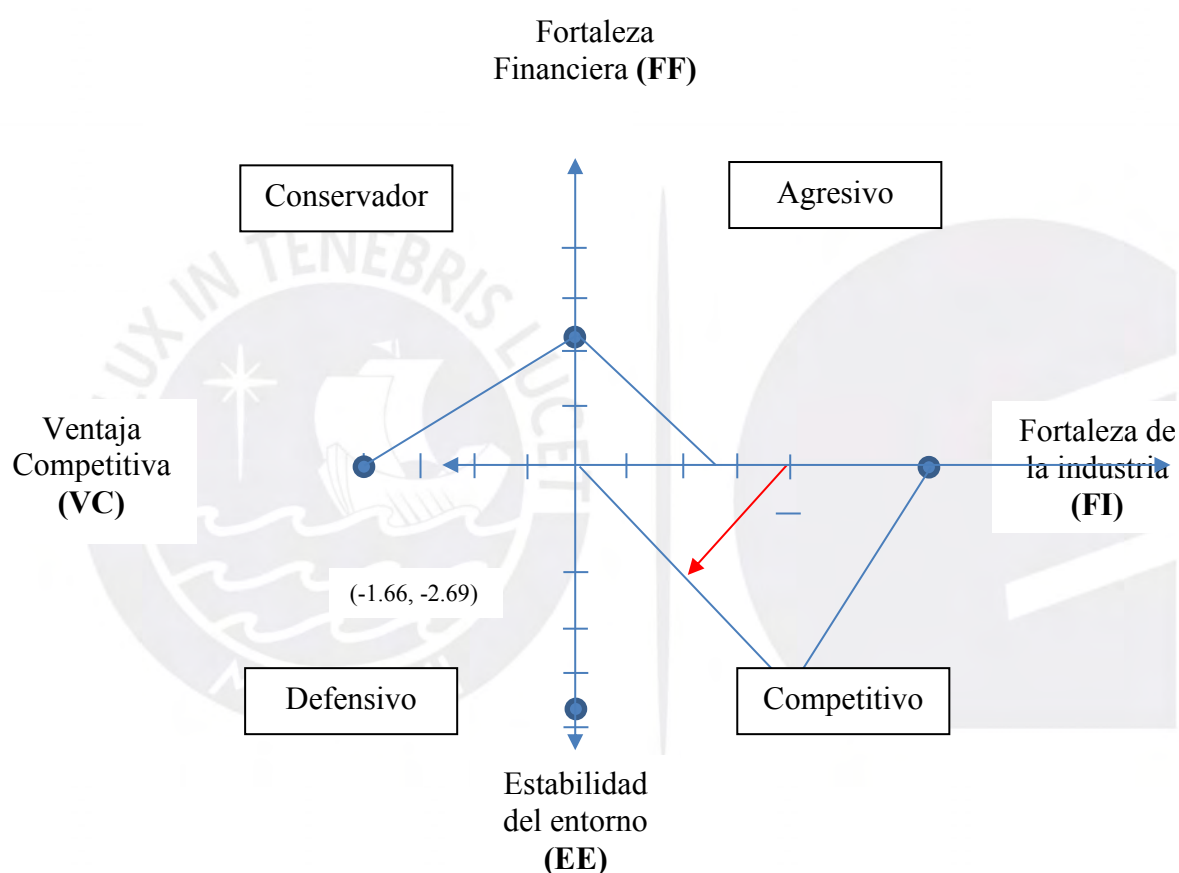


Figura 36. Matriz PEYEA del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín

6.3. Matriz Boston Consulting Group (MBCG)

Para la Matriz BCG, se ha considerado el presupuesto anual para el gasto en salud de la macro región del centro del Perú, este presupuesto puede tener incrementos si la gestión del sector en la región lo requiere.

Tabla 39

Matriz PEYEA del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

		Calificación de los factores determinantes de la estabilidad del entorno (EE)									
Posición estratégica interna	1. Cambios tecnológicos	Muchos	0	1	2	3	4	5	6	Pocos	
	2. Tasa de inflación	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja	
	3. Variabilidad de la demanda	Grande	0	1	2	3	4	5	6	Pequeña	
	4. Rango de precios de los productos competitivos	Amplio	0	1	2	3	4	5	6	Estrecho	
	5. Barreras de entrada al mercado	Pocas	0	1	2	3	4	5	6	Muchas	
	6. Rivalidad / presión competitiva	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja	Prom.
	7. Elasticidad de precios de la demanda	Elástica	0	1	2	3	4	5	6	Inelástica	1.38
	8. Presión de los productos sustitutos	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja	-4.62
		Calificación de los factores determinantes de la fortaleza de la industria (FI)									
Posición estratégica interna	1. Potencial de crecimiento	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	
	2. Potencial de utilidades	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	
	3. Estabilidad financiera	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	
	4. Conocimiento tecnológico	Simple	0	1	2	3	4	5	6	Complejo	
	5. Utilización de recursos	Ineficiente	0	1	2	3	4	5	6	Eficiente	
	6. Intensidad de capital	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	
	7. Facilidad de entrada al mercado	Fácil	0	1	2	3	4	5	6	Difícil	
	8. Productividad / utilización de la capacidad	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	Prom.
	9. Poder de negociación de los productores	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	2.44
		Calificación de los factores determinantes de la fortaleza financiera (FF)									
Posición estratégica interna	1. Retorno a la inversión	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	
	2. Apalancamiento	Desbalanceado	0	1	2	3	4	5	6	Balanceado	
	3. Liquidez	Desbalanceada	0	1	2	3	4	5	6	Solida	
	4. Capital requerido vs capital disponible	Alto	0	1	2	3	4	5	6	Bajo	
	5. Flujo de caja	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	
	6. Facilidad de salida del mercado	Difícil	0	1	2	3	4	5	6	Fácil	
	7. Riesgo involucrado en el negocio	Alto	0	1	2	3	4	5	6	Bajo	
	8. Rotación de inventarios	Lento	0	1	2	3	4	5	6	Rápido	Prom.
	9. Uso de economías de escala y de experiencia	Bajas	0	1	2	3	4	5	6	Altas	2.33
		Calificación de los factores determinantes de la ventaja competitiva (VC)									
Posición estratégica interna	1. Participación de mercado	Pequeña	0	1	2	3	4	5	6	Grande	
	2. Calidad del producto	Inferior	0	1	2	3	4	5	6	Superior	
	3. Ciclo de vida del producto	Avanzado	0	1	2	3	4	5	6	Temprano	
	4. Ciclo de reemplazo del producto	Variable	0	1	2	3	4	5	6	Fijo	
	5. Lealtad del consumidor	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	
	6. Utilización de la capacidad de los competidores	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	
	7. Conocimiento tecnológico	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	Prom.
	8. Integración vertical	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	2.00
	9. Velocidad de introducción de nuevos productos	Lenta	0	1	2	3	4	5	6	Rápida	-4.00

También es importante recalcar que cada región es evaluada por el nivel de gasto en salud que realiza con dicho presupuesto. Para la evaluación de la posición de la participación de mercado relativa en la industria, se ha tomado como referencia al presupuesto en salud que se le asigna a la región Junín frente al presupuesto asignado a la macro región; y para la abscisa, la tasa de crecimiento de las ventas en la industria ha sido considerada como el gasto devengado eficiente, es decir el gasto total utilizado del presupuesto asignado como uso de caja (ver Figura 37).

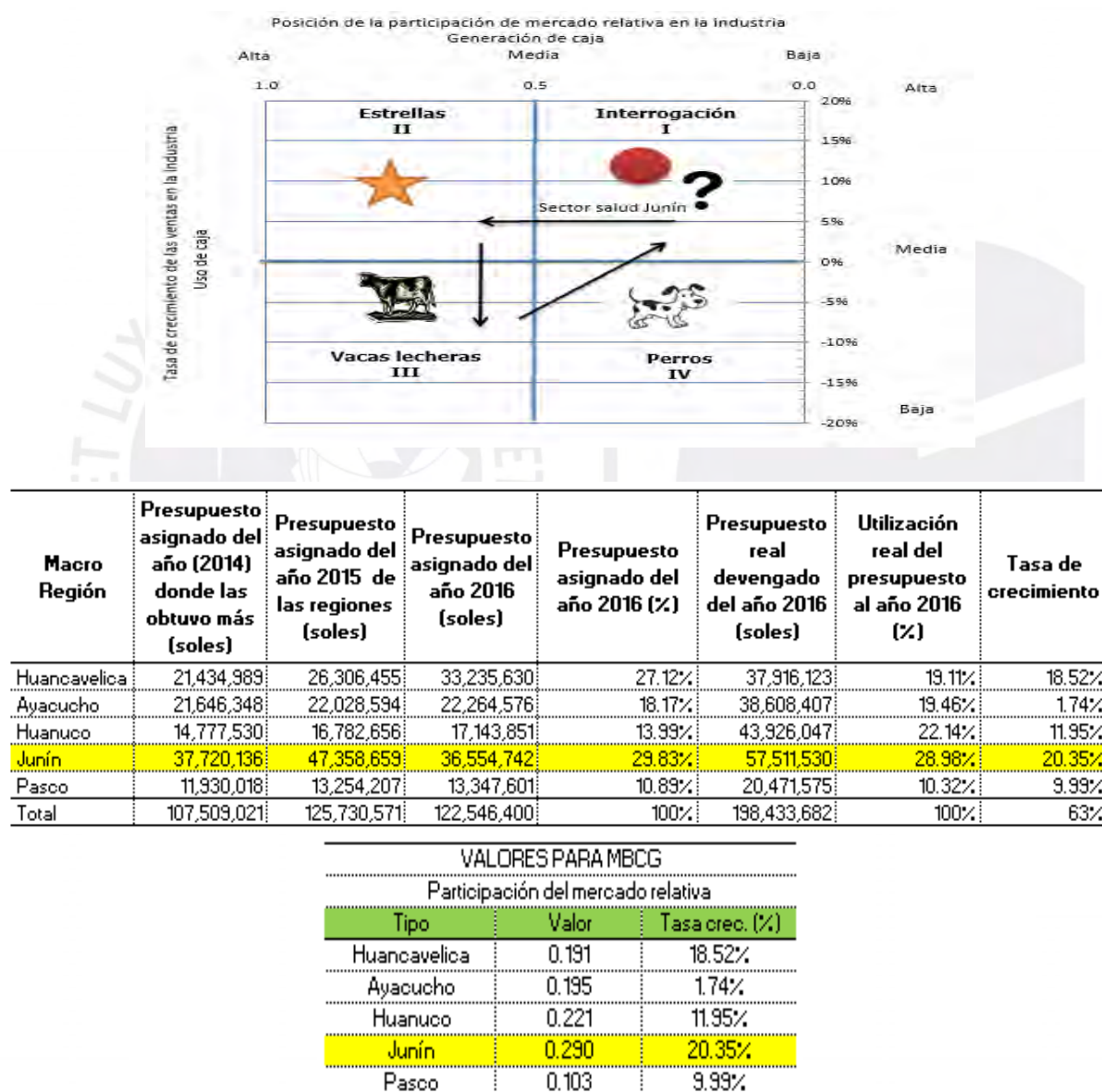


Figura 37. Matriz Boston Consulting Group del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín.

Tal como se aprecia en la figura, el sector salud de la región Junín se ubica en el cuadrante de signo de interrogación por las coordenadas obtenidas (0.290 y 20.35%). Las características de este cuadrante son: una baja participación relativa del mercado en una industria de alto crecimiento, las necesidades de efectivo son altas y la generación de caja es baja. El tipo de estrategias a utilizar en dicho cuadrante son: intensivas o desinvertir (D'Alessio, 2015).

6.4. Matriz Interna Externa (MIE)

De acuerdo con D'Alessio (2015), la Matriz Interna Externa (MIE) está compuesta por dos ejes con tres sectores, lo cual produce nueve celdas. La MIE se construye a partir de los puntajes obtenidos de la Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI), que se coloca en el eje X, y de la Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE) que se coloca en el eje Y. La MIE del primer nivel de atención del sector salud de la región Junín, está ubicado en el cuadrante V por las coordenadas (2.15, 2.42) (ver Figura 38), por lo que se determina estrategias de penetración de mercado y desarrollo de productos.

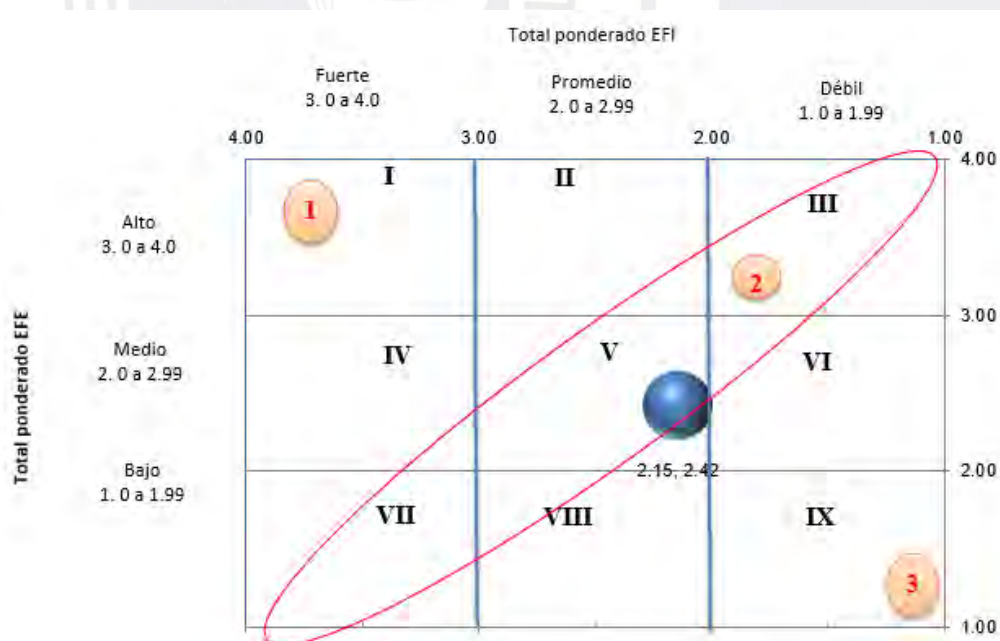


Figura 38. Matriz Interna Externa del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín.

6.5. Matriz Gran Estrategias (MGE)

Para la matriz MGE se considera el eje de posición competitiva y el crecimiento de mercado, con esta evaluación se encontró al primer nivel de atención pública del sector salud en la región Junín en cuadrante I (ver Figura 39), donde se toma las estrategias de desarrollo de mercados, penetración en el mercado, desarrollo de productos, integración vertical hacia atrás, , integración vertical hacia adelante, integración horizontal, y diversificación concentrada. Según D'Alessio (2015) este cuadrante se caracteriza por que la organización está muy comprometida con un solo producto, por lo que la diversificación concéntrica puede reducir el riesgo con una línea de productos estrecha.

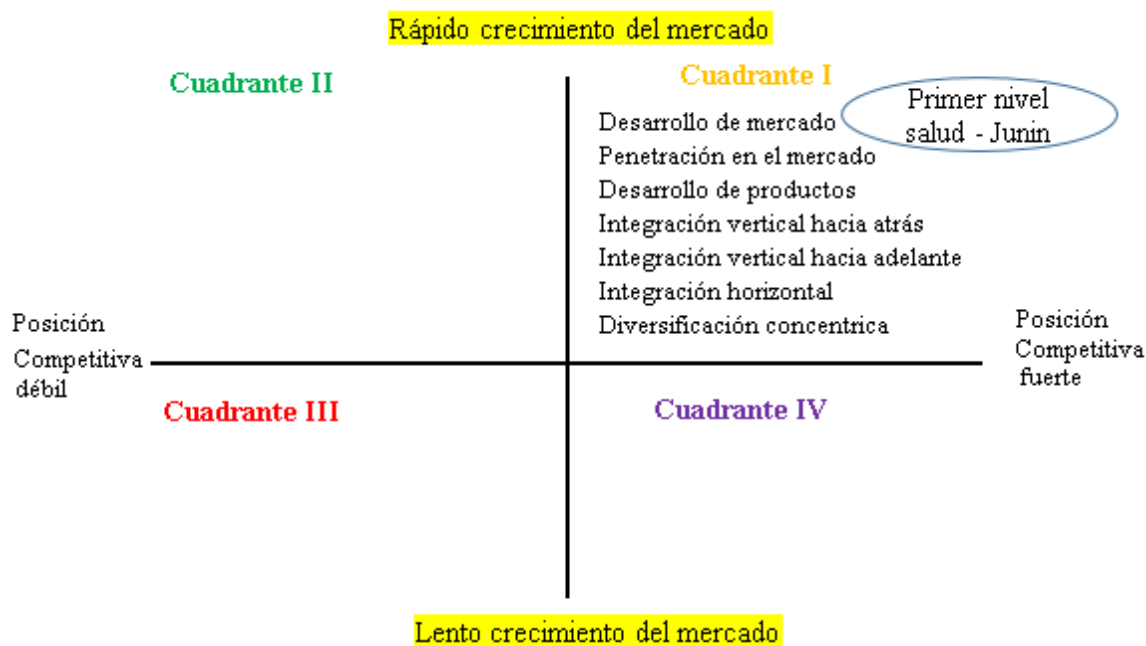


Figura 39. Matriz del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín.

6.6. Matriz de Decisión Estratégica (MDE)

La Matriz de Decisión Estratégica forma parte de la fase 3 de este capítulo. Por medio de la presente matriz todas las tablas de emparejamiento se unen para generar una evaluación conjunta de las matrices realizadas. La matriz MDE permite seleccionar a las estrategias que hayan obtenido un puntaje de valor igual o mayor a 3 (ver Tabla 40).

Tabla 40

Matriz de Decisión Estratégica del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

Estrategias alternativas	Estrategias específicas	FODA	PEYEA	MBCG	MIE	MGE	Total	
E1	Intensivas/ Desarrollo de productos	Fortalecer las cooperaciones bilaterales con organismos internacionales, países cooperantes y programas nacionales de inclusión social, con el fin de mejorar proyectos sostenibles de prevención y promoción de salud en los puestos y centros del primer nivel de atención pública.	x		x	x	x	4
E2	Intensivas/ Desarrollo de productos	Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	x		x	x	x	4
E3	Intensivas/ Desarrollo de productos	Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.	x		x	x	x	4
E4	Intensivas/ Desarrollo de productos	Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.	x		x	x	x	4
E5	Intensivas/ Desarrollo de productos	Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.	x		x	x	x	4
E6	Integración/ Vertical hacia atrás	Establecer convenios con las municipalidades de las zonas rurales para mejorar las condiciones laborales y de habitabilidad para profesionales asistenciales en redes de salud del primer nivel de atención pública.	x			x	x	3
E7	Intensivas/ Desarrollo de productos	Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	x		x	x	x	4
E8	Integración/ Vertical hacia atrás	Incentivar programas en Gestión de Salud pública en el primer nivel de atención a través de las escuelas de negocios de la región orientados a profesionales de salud.	x			x	x	3
E9	Intensivas/ Desarrollo de productos	Fortalecer alianzas estratégicas con las empresas mineras para programas de sensibilización a la población en la prevención de enfermedades.	x		x	x	x	4
E10	Integración/ Vertical hacia atrás	Fortalecer la comunicación entre las municipalidades y comunidades con los puestos de salud I-1 y I-2 a través de alertas médicas, con el fin de promover la salud y prevención de enfermedades de manera oportuna en las zonas vulnerables sin cobertura a internet.	x			x	x	3
E11	Intensivas/ Desarrollo de productos	Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.	x		x	x	x	4
E12	Integración/ Vertical hacia atrás	Implementar acuerdos de continuidad y atención inmediata de requerimientos de puestos y centros de salud por cambio de gobierno nacional y regional.	x			x	x	3
E13	Intensivas/ Desarrollo de productos	Fortalecer las campañas nutricionales y de salud mental de los puestos y centros de salud en las población urbana vulnerable a través de actividades familiares y de participación ciudadana con el apoyo de las municipalidades.	x		x	x	x	4
E14	Intensivas/ Desarrollo de productos	Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	x		x	x	x	4
E15	Intensivas/ Desarrollo de productos	Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.	x		x	x	x	4
E16	Integración/ Vertical hacia atrás	Estandarizar los sueldos de los profesionales de salud del primer nivel de atención pública contratados bajo la modalidad CAS en base a la competencia, con la finalidad que cubrir la atención en salud en las zonas rurales vulnerables.	x			x	x	3
E17	Intensivas/ Desarrollo de productos	Re categorizar estratégicamente a los puestos de salud I-1 como I-2 con la implementación de laboratorios en zonas rurales alejadas para lograr la atención médica de los pacientes de manera oportuna y resolutive.	x		x	x	x	4
E18	Intensivas/ Desarrollo de productos	Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.	x		x	x	x	4
E19	Intensivas/ Desarrollo de productos	Estandarizar el equipamiento médico para establecer indicadores únicos de eficiencia, control y gestión en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	x		x	x	x	4
E20	Intensivas/ Desarrollo de productos	Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.	x		x	x	x	4
E21	Integración/ Vertical hacia atrás	Promover la difusión de la cultura organizacional en los puestos y centros de salud para obtener el fortalecimiento en imagen institucional e identidad gubernamental.	x			x	x	3
E22	Intensivas/ Desarrollo de productos	Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.	x		x	x	x	4

6.7. Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE)

Esta matriz permite una evaluación cuantitativa con las oportunidades, amenazas, fortalezas, debilidades, se trabaja con el peso asignado a cada una de estas alternativas, y se coloca un puntaje de 1 a 4 según la evaluación, al terminar la evaluación solo se consideran las estrategias cuyo resultado es igual o mayor a 5 (ver Tabla 41).

6.8. Matriz de Rumelt (MR)

La matriz de Rumelt es también una herramienta que permite evaluar las estrategias retenidas después de la MCPE. D'Alessio (2015) indicó que Rumelt planteó en su tesis doctoral cuatro criterios: (a) consistencia, (b) consonancia, (c) ventaja, y (d) factibilidad, con el fin de evaluar cada estrategia con cada criterio.

En la evaluación de la Matriz Rumelt, se ha considerado a 11 estrategias productos del filtro de la MCPE, para luego ser evaluadas por los cuatro criterios de Rumelt (ver Tabla 42). Tal como se muestra en la tabla, producto de esta matriz, se escogieron un total de 11 estrategias que cumplen las condiciones de Rumelt.

6.9. Matriz de Ética (ME)

D'Alessio (2015) indicó que la auditoría de la ética intenta verificar que las estrategias específicas escogidas no violen aspectos relacionados con los derechos y la justicia, y sean buenas para los fines utilitarios (ver Tabla 43).

6.10. Estrategias Retenidas y de Contingencia

En la matriz MERC se muestra las estrategias finales producto de los filtros anteriores, estas estrategias son conocidas como primarias; y las no retenidas o estrategias de contingencia son llamadas secundarias (D'Alessio, 2015). De acuerdo al análisis, se ha obtenido un total de nueve estrategias retenidas y 12 estrategias en contingencias, la misma que se encuentran divididas por grupos (ver Tabla 44).

Tabla 42

Matriz de Rumelt (MR)

ITEM	ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS (*)	PRUEBAS				
		Consistencia	Consonancia	Factibilidad	Ventaja	Se acepta
E2	Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E3	Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E4	Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E5	Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E7	Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E11	Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E14	Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E15	Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E17	Re categorizar estratégicamente a los puestos de salud I-1 como I-2 con la implementación de laboratorios en zonas rurales alejadas para lograr la atención médica de los pacientes de manera oportuna y resolutiva.	Sí	Sí	No	Sí	No
E18	Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E19	Estandarizar el equipamiento médico para establecer indicadores únicos de eficiencia, control y gestión en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	Sí	Sí	No	Sí	No
E20	Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E22	Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Tabla 43

Matriz de Ética (ME)

Ítem.	Estrategias específicas retenidas	Derechos						Justicia			Utilitarismo		Se acepta	
		Impacto en el derecho de la vida	Impacto en el derecho a la propiedad	Impacto en el derecho al libre pensamiento	Impacto en el derecho a la privacidad	Impacto en el derecho a la libre conciencia	Impacto en el derecho a hablar libremente	Impacto en el derecho al debido proceso	Impacto en la distribución	Impacto en la administración	Normas de compensación	Fines y resultados estratégicos		Medios estratégicos empleados
E2	Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	P	N	N	P	N	N	P	J	J	N	E	E	Sí
E3	Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.	P	N	N	N	N	N	N	J	J	J	E	E	Sí
E4	Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.	P	N	N	N	N	N	N	J	J	J	E	E	Sí
E5	Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.	P	P	N	P	P	P	P	J	J	J	E	E	Sí
E7	Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	P	P	N	P	N	N	P	J	J	J	E	E	Sí
E11	Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.	P	N	N	N	N	N	N	J	J	J	E	E	Sí
E14	Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	P	N	N	N	N	P	N	J	J	J	E	E	Sí
E15	Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.	P	P	N	N	N	N	N	J	J	J	E	E	Sí
E18	Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.	P	N	N	N	N	P	P	J	J	J	E	E	Sí
E20	Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.	P	P	N	N	N	P	P	J	J	J	E	E	Sí
E22	Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.	P	P	P	N	P	P	N	J	J	J	E	E	Sí

Tabla 44

Matriz Estrategias Retenidas y de Contingencia

Estrategias retenidas		
1	E2	Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.
2	E3	Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.
3	E4	Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.
4	E5	Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.
5	E7	Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.
6	E11	Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.
7	E14	Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.
8	E15	Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.
9	E18	Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.
10	E20	Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.
11	E22	Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.
Estrategias de Contingencia		
Primer grupo:		
12	E17	Re categorizar estratégicamente a los puestos de salud I-1 como I-2 con la implementación de laboratorios en zonas rurales alejadas para lograr la atención médica de los pacientes de manera oportuna y resolutive.
13	E19	Estandarizar el equipamiento médico para establecer indicadores únicos de eficiencia, control y gestión en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.
Segundo grupo:		
14	E1	Fortalecer las cooperaciones bilaterales con organismos internacionales, países cooperantes y programas nacionales de inclusión social, con el fin de mejorar proyectos sostenibles de prevención y promoción de salud en los puestos y centros del primer nivel de atención pública.
15	E9	Fortalecer alianzas estratégicas con las empresas mineras para programas de sensibilización a la población en la prevención de enfermedades.
16	E13	Fortalecer las campañas nutricionales y de salud mental de los puestos y centros de salud en las población urbana vulnerable a través de actividades familiares y de participación ciudadana con el apoyo de las municipalidades.
Tercer grupo:		
17	E6	Establecer convenios con las municipalidades de las zonas rurales para mejorar las condiciones laborales y de habitabilidad para profesionales asistenciales en redes de salud del primer nivel de atención pública.
18	E8	Incentivar programas en Gestión de Salud pública en el primer nivel de atención a través de las escuelas de negocios de la región orientados a profesionales de salud.
19	E10	Fortalecer la comunicación entre las municipalidades y comunidades con los puestos de salud I-1 y I-2 a través de alertas médicas, con el fin de promover la salud y prevención de enfermedades de manera oportuna en las zonas vulnerables sin cobertura a internet.
20	E12	Implementar acuerdos de continuidad y atención inmediata de requerimientos de puestos y centros de salud por cambio de gobierno nacional y regional.
21	E16	Estandarizar los sueldos de los profesionales de salud del primer nivel de atención pública contratados bajo la modalidad CAS en base a la competencia, con la finalidad que cubrir la atención en salud en las zonas rurales vulnerables.
22	E21	Promover la difusión de la cultura organizacional en los puestos y centros de salud para obtener el fortalecimiento en imagen institucional e identidad gubernamental.

6.11. Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo

El fin de la matriz MEOLP es verificar que las estrategias se encuentren alineadas con las OLP, entonces de acuerdo a la verificación (ver Tabla 45).

6.12. Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos

La MEPCS es el producto del análisis de los competidores y los sustitutos del Sector Salud del Departamento de Junín, se realiza la confrontación entre las estrategias retenidas y las posibilidades de los competidores para hacerlos frente (D'Alessio, 2015) (ver Tabla 46).

6.13. Conclusiones

Las matrices de formulación de estrategias permiten llegar a la definición del plan estratégico del primer nivel de atención pública del sector salud en la región Junín, enmarcados en la visión, misión y objetivos de largo plazo del sector. El primer nivel de atención pública de la región Junín presenta 11 estrategias retenidas y 11 estrategias de contingencia.

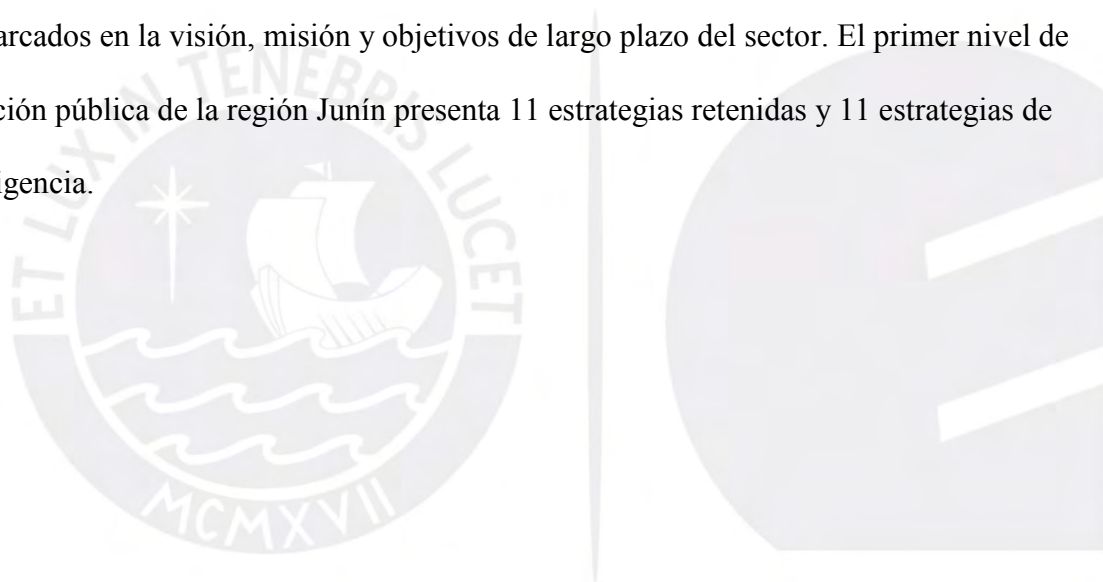


Tabla 45

Matriz de Estrategias Versus Objetivos a Largo Plazo (MEOLP)

		Visión				
		En el año 2027, el primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín será reconocida en la macro región centro del Perú por prestar servicios de calidad en promoción de salud y prevención de enfermedades.				
Intereses Organizacionales		OLP1	OLP2	OLP3	OLP4	OLP 5
1 Cobertura de profesionales de la salud		<p>Para el 2027 obtener el 98% del nivel óptimo en disponibilidad de abastecimiento de medicamentos en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte a octubre del 2016 de la DIRESA Junín los Centros y Puestos de Salud del Primer Nivel de atención cuentan con un 88.11%.</p> <p>Para el 2027 se logrará una densidad de profesionales de salud (médicos, obstetras y enfermeros) de 19.70 por cada 10,000 habitantes para la conformación de unidades asistenciales mínimas requeridas en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. En el 2015 la densidad de profesionales de la salud fue 14.69 según la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA.</p> <p>Para el 2027 se logrará el abastecimiento del 30% del equipamiento médico operativo en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Hasta la fecha no se evidencia datos históricos sobre el nivel de abastecimientos médico en los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde informa que el 100% de los establecimientos de salud carecen del equipamiento que se requiere en los puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín tengan la infraestructura básica (servicios de saneamiento básicos). Hasta la fecha no se evidencia el comportamiento histórico de la infraestructura de los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde menciona que el 27% de los establecimientos de salud carecen de servicios básicos.</p> <p>Para el 2027 se logrará hacer uso eficiente y sincero del gasto público en gestión al 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, se ha evidenciado que el uso del gasto público en gestión es del 95.38% al año 2016</p>	<p>Para el 2027 se logrará el abastecimiento del 30% del equipamiento médico operativo en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Hasta la fecha no se evidencia datos históricos sobre el nivel de abastecimientos médico en los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde informa que el 100% de los establecimientos de salud carecen del equipamiento que se requiere en los puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín tengan la infraestructura básica (servicios de saneamiento básicos). Hasta la fecha no se evidencia el comportamiento histórico de la infraestructura de los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde menciona que el 27% de los establecimientos de salud carecen de servicios básicos.</p>	<p>Para el 2027 se logrará hacer uso eficiente y sincero del gasto público en gestión al 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, se ha evidenciado que el uso del gasto público en gestión es del 95.38% al año 2016</p>		
2 Estabilidad laboral y línea de carrera						
3 Abastecimiento de medicamentos.						
4 Abastecimiento de equipos médicos operativos.						
5 Infraestructura adecuada y moderna.						
6 Atención de requerimientos en el momento oportuno.						
7 Financiamiento del SIS.						
8 Prestación de servicio de salud inmediata y de calidad						
Estrategias						
E2	Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.		X			X
E3	Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.	X	X	X		X
E4	Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.	X	X	X		X
E5	Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.	X	X	X	X	X
E7	Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.		X	X		X
E11	Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.	X	X	X	X	X
E14	Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	X	X	X	X	X
E15	Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.				X	X
E18	Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.			X		X
E20	Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.	X	X	X		X
E22	Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.	X	X	X	X	X

Tabla 46

Matriz de Estrategias Versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)

Estrategias Retenidas	Posibilidad de los competidores			
	Huancavelica	Pasco	Huánuco	Ayacucho
E2 Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	Fortalecer el área de TI Tecnologías de información para desarrollar proyectos tecnológico que beneficien en la atención a la población .	Incrementar el presupuesto para innovación y TI Tecnologías de información para desarrollar proyectos tecnológicos	Fortalecer el área de TI Tecnologías de información para desarrollar proyectos tecnológico que beneficien en la atención a la población .	Incrementar el presupuesto para innovación y TI Tecnologías de información para desarrollar proyectos tecnológicos
E3 Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.	Consolidar la información sobre las campañas de promoción y prevención de los servicios de salud de la región Huancavelica	Consolidar la información sobre las campañas de promoción y prevención de los servicios de salud de la región Pasco	Consolidar la información sobre las campañas de promoción y prevención de los servicios de salud de la región Huánuco	Consolidar la información sobre las campañas de promoción y prevención de los servicios de salud de la región Ayacucho
E4 Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.	Incrementar las funciones del SAMU en todo el territorio de la Región Huancavelica para llegar a las zonas de extrema pobreza y vulnerable	Intensificar las funciones del SAMU en todo el territorio de la Región Pasco para llegar a las zonas de extrema pobreza y vulnerable	Intensificar las funciones del SAMU en todo el territorio de la Región Huánuco para llegar a las zonas de extrema pobreza y vulnerable	Intensificar las funciones del SAMU en todo el territorio de la Región Ayacucho para llegar a las zonas de extrema pobreza y vulnerable
E5 Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.	Intensificar las campañas de capacitación al personal asistencial en todas las redes y microredes para mejorar la atención en salud	Intensificar las campañas de capacitación al personal asistencial en todas las redes y microredes para mejorar la atención en salud	Intensificar las campañas de capacitación al personal asistencial en todas las redes y microredes para mejorar la atención en salud	Intensificar las campañas de capacitación al personal asistencial en todas las redes y microredes para mejorar la atención en salud
E7 Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	Estandarizar la información de historias clínicas para tener actualizado la data de los pacientes para garantizar el servicio en salud	Estandarizar la información de historias clínicas para tener actualizado la data de los pacientes para garantizar el servicio en salud	Estandarizar la información de historias clínicas para tener actualizado la data de los pacientes para garantizar el servicio en salud	Estandarizar la información de historias clínicas para tener actualizado la data de los pacientes para garantizar el servicio en salud
E11 Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.	Consolidar la información de requerimientos de medicamentos de las redes y microredes de las Región Huancavelica	Priorizar los requerimientos de medicamentos en las zonas de extrema pobreza y vulnerables de las Región Pasco	Priorizar los requerimientos de medicamentos en las zonas de extrema pobreza y vulnerables de las Región Huánuco	Priorizar los requerimientos de medicamentos en las zonas de extrema pobreza y vulnerables de las Región Ayacucho
E14 Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	Implementar modelos de gestión de expertos para mejorar la eficiencia en los servicios de atención al paciente	Implementar modelos de gestión de expertos para mejorar la eficiencia en los servicios de atención al paciente	Implementar modelos de gestión de expertos para mejorar la eficiencia en los servicios de atención al paciente	Implementar modelos de gestión de expertos para mejorar la eficiencia en los servicios de atención al paciente
E15 Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.	Establecer alianzas estratégicas para que los programas de saneamiento del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento realice ampliación de agua y desagüe en las zonas consideradas de extrema pobreza y vulnerables	Establecer alianzas estratégicas para que los programas de saneamiento del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento realice ampliación de agua y desagüe en las zonas consideradas de extrema pobreza y vulnerables	Establecer alianzas estratégicas para que los programas de saneamiento del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento realice ampliación de agua y desagüe en las zonas consideradas de extrema pobreza y vulnerables	Establecer alianzas estratégicas para que los programas de saneamiento del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento realice ampliación de agua y desagüe en las zonas consideradas de extrema pobreza y vulnerables
E18 Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.	Mejorar el abastecimiento de medicamentos en todos los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica	Mejorar el abastecimiento de medicamentos en todos los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica	Mejorar el abastecimiento de medicamentos en todos los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica	Mejorar el abastecimiento de medicamentos en todos los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica
E20 Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.	Mejorar el abastecimiento de medicamentos en todos los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica	Mejorar el abastecimiento de medicamentos en todos los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica	Mejorar el abastecimiento de medicamentos en todos los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica	Mejorar el abastecimiento de medicamentos en todos los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica
E22 Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.	Promover la participación de los pacientes para conocer su satisfacción de la calidad de los servicios de salud	Promover la participación de los pacientes para conocer su satisfacción de la calidad de los servicios de salud	Promover la participación de los pacientes para conocer su satisfacción de la calidad de los servicios de salud	Promover la participación de los pacientes para conocer su satisfacción de la calidad de los servicios de salud

Continuación...

Tabla 46

Matriz de Estrategias Versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)(continuación)

	Estrategias Retenidas	Posibilidad de los sustitutos	
		Farmacias/ Boticas	Medicina tradicional
E2	Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	Baja de precios ya que el SIS cubre el 100% del precio/medicamentos	Baja de precios ya que el SIS cubre el 100% del precio/medicamentos
E3	Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.	Disminuir los precios de los medicamentos de infecciones respiratorias para captar a los clientes que se atienden en el primer nivel de atención de salud publico	Incrementar la publicidad de los servicios en las zonas rurales
E4	Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.	No les afecta le es indiferente	No les afecta le es indiferente
E5	Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.	No les afecta le es indiferente	No les afecta le es indiferente
E7	Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	Implementar alianzas estratégicas con las instituciones públicas para intercambiar data de los pacientes	No les afecta le es indiferente
E11	Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.	No les afecta le es indiferente	No les afecta le es indiferente
E14	Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	No les afecta le es indiferente	No les afecta le es indiferente
E15	Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.	No les afecta le es indiferente	No les afecta le es indiferente
E18	Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.	No les afecta le es indiferente	No les afecta le es indiferente
E20	Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.	No les afecta le es indiferente	No les afecta le es indiferente
E22	Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.	No les afecta le es indiferente	No les afecta le es indiferente



Capítulo VII: Implementación Estratégica

7.1. Objetivos de Corto Plazo

Son aquellos que establecen los hitos necesarios para alcanzar los objetivos a largo plazo (OLP), las OCP, constituyen las bases para la asignación de recursos, motivan el desarrollo de las estrategias y ayudan a superar los obstáculos, son necesarios para la evaluación por indicadores, y el monitoreo para el progreso hacia las OLP (D'Alessio, 2015).

1. Para el 2027 obtener el 98% del nivel óptimo en disponibilidad de abastecimiento de medicamentos en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte a octubre del 2016 de la DIRESA Junín los Centros y Puestos de Salud del Primer Nivel de atención cuentan con un 88.11%.

OCP 1.1: A partir del 2018 unificar e integrar procesos logísticos y administrativos de los medicamentos a razón del 12.5% de establecimientos de salud anualmente, obteniéndose una integración de la información al 100% para el 2027.

OCP 1.2: A partir del 2019 incrementar a razón del 1% la disponibilidad de medicamentos en las nueve redes de salud de la región Junín consecutivamente hasta el año 2027.

2. Para el 2027 se logrará una densidad de profesionales de salud (médicos, obstetras y enfermeros) de 19.70 por cada 10,000 habitantes para la conformación de unidades asistenciales mínimas requeridas en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. En el 2015 la densidad de profesionales de la salud fue 14.69 según la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA.

OCP2.1: A partir del 2019, incrementar la tasa del número de profesionales de salud en 0.50 por cada 10,000 habitantes anualmente hasta el año 2027.

OCP2.2: A partir del 2018 estandarizar los sueldos de los profesionales de salud del primer nivel de atención a razón del 10% anual consecutivamente hasta el año 2027, empezando en zonas rurales y concluyendo en zonas urbanas.

OCP2.3: A partir del 2018, identificar consecutivamente a los centros y puestos de salud que carecen de unidades asistenciales mínimas requeridas hasta el año 2027.

OCP2.4: A partir del 2019 realizar una redistribución estratégica paulatina de profesionales de la salud en puestos y centros de salud con mayor demanda por ubicación a razón del 6.5% anual de establecimientos de salud hasta el año 2027.

OCP2.5: A partir del 2018, se programará el horario de atención de los puestos y centros de salud de acuerdo a la realidad de su jurisdicción a razón del 6.5% anual de establecimientos de salud hasta el año 2027

3. Para el 2027 se logrará el abastecimiento del 50% del equipamiento médico operativo en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Hasta la fecha no se evidencia datos históricos sobre el nivel de abastecimientos médico en los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde informa que el 100% de los establecimientos de salud carecen del equipamiento mínimo requerido.

OCP3.1: Para el año 2018 identificar el 100% de los equipos médicos operativo e inoperativos de los centros y puestos de salud por micro redes y redes de salud.

OCP3.2: A partir del 2019 realizar el mantenimiento a razón del 6.5% anual de los equipos médicos por micro redes y redes de salud hasta el año 2027.

OCP3.3: A partir del 2020 redistribuir los equipos médico operativos por categoría en los puestos y centros de salud por micro redes y redes de salud a razón del 6.5% anual por establecimientos de salud hasta el 2027.

4. Para el 2027 se logrará que el 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín tengan la infraestructura básica (servicios de saneamiento básicos). Hasta la fecha no se evidencia el comportamiento histórico de la infraestructura de los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde menciona que el 27% de los establecimientos de salud carecen de servicios básicos sanitarios.

OCP4.1: Al cierre del 2018, identificar los puestos y centros de salud con problemas de saneamiento básico por micro redes y redes de atención.

OCP4.2: A partir del 2019 realizar la reparación y mantenimiento de los servicios sanitarios de los puestos y centros de salud por micro redes y redes a razón del 12.5% anual consecutivamente hasta el año 2027.

5. Para el 2027 se logrará hacer uso eficiente y sincero del gasto público en gestión al 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, se ha evidenciado que el uso del gasto público en gestión es del 95.38% al año 2016.

OCP5.1: A partir del 2018, se planificará un presupuesto real y óptimo para la compra, mantenimiento y reparación de equipos médicos para el 6.5% anual consecutivo de establecimientos de salud hasta el año 2026.

OCP5.2: A partir del 2018, se planificará un presupuesto real y óptimo para la reparación y mantenimiento de infraestructura sanitaria para el 12.5% anual consecutivo de establecimientos de salud hasta el año 2026.

7.2. Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo

La correcta asignación de recursos a los OCP's, son los que facilitan y permiten la

ejecución de la estrategia, esta asignación de recursos se basa en función de las 7 M (Método, Maquinaria, Moneda, Mentalidad, Mano de obra, Medio ambiente, Materiales) (D'Alessio, 2015) (ver Tabla 47).

7.3. Políticas de cada Estrategia

Las políticas son los lineamientos para la implementación de cada estrategia, estableciendo las fronteras y los límites de accionar correcto para una organización (D'Alessio, 2015) (ver Tabla 48).

7.4. Estructura Organizacional del primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín

La estructura organizacional es la distribución, división, agrupación, y relación de las actividades, esta estructura es adecuada para llevar a la práctica las estrategias elegidas, la cual se debe ajustar a la organización (D'Alessio, 2015).

Para mejorar la atención al paciente en el centro y puesto de salud y lograr la eficiencia en los procesos, se plantea una estructura por procesos. Actualmente la estructura organizacional del Dirección Regional de Salud de Junín presenta una estructura funcional, donde cada departamento depende de otra y existe una jerarquía en las funciones. La obtención de recursos y reportes de gestión se muestra burocrática e ineficientes con una estructura por funciones en un sector con alto dinamismo. La estructura que se plantea permitirá que cada proceso del sector sea autónomo, eficiente, competitivo y productivo; donde el gerente o gobernador regional maneja al sector como un staff integrador (D'Alessio, 2015).

En la estructura por procesos se plantea que las áreas: planeamiento estratégico, desarrollo de campañas de salud, tecnología de información, infraestructura y desarrollo, promoción de la salud, dirección de suministro de medicamentos, dirección de salud

Tabla 47

Asignación de Recursos

N° de OLP	N° de OCP	Objetivos de corto plazo	Recursos asignados	Responsable
OLP1		Para el 2027 obtener el 98% del nivel óptimo en disponibilidad de abastecimiento de medicamentos en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte a octubre del 2016 de la DIRESA Junín los Centros y Puestos de Salud del Primer Nivel de atención cuentan con un 88.11%.		
	OCP 1.1	A partir del 2018 unificar e integrar procesos logísticos y administrativos de los medicamentos a razón del 12.5% de establecimientos de salud anualmente, obteniéndose una integración de la información al 100% para el 2027.	Recurso humano, recurso económico y procesos.	Dirección de suministros de medicamentos, Director administrativo
	OCP 1.2	A partir del 2019 incrementar a razón del 1% la disponibilidad de medicamentos en las nueve redes de salud de la región Junín consecutivamente hasta el año 2027.	Recurso humano, recurso económico, procesos, cultura organizacional y clima organizacional.	Dirección de suministros de medicamentos.
OLP2		Para el 2027 se logrará una densidad de profesionales de salud (médicos, obstetras y enfermeros) de 19.18 por cada 10,000 habitantes para la conformación de unidades asistenciales mínimas requeridas en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. En el 2015 la densidad de profesionales de la salud fue 12.30 según la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA.		
	OCP2.1	A partir del 2019, incrementar la tasa del número de profesionales de salud en 0.50 por cada 10,000 habitantes anualmente hasta el año 2017.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	Jefe de recursos humanos, director general de salud y jefe de planeamiento estratégico.
	OCP2.2	A partir del 2018 estandarizar los sueldos de los profesionales de salud del primer nivel de atención a razón del 10% anual consecutivamente hasta el año 2027, empezando en zonas rurales y concluyendo en zonas urbanas.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	Jefe de recursos humanos, director general de salud y jefe de planeamiento estratégico
	OCP2.3	A partir del 2018, identificar al 100% de los centros y puestos de salud que carecen de unidades asistenciales mínimas requeridas.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Jefe de unidad de logística y jefe de unidad de economía
	OCP2.4	A partir del 2019 realizar una redistribución estratégica paulatina de profesionales de la salud en puestos y centros de salud con mayor demanda por ubicación a razón del 6.5% anual de establecimientos de salud hasta el año 2027.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Jefe de unidad de recursos humanos y jefe de unidad de economía
OCP2.5	A partir del 2018, se programará el horario de atención de los puestos y centros de salud de acuerdo a la realidad de su jurisdicción a razón del 6.5% anual de establecimientos de salud hasta el año 2027	Recurso humano, procesos, y clima organizacional.	Jefe de unidad de logística y jefe de recursos humanos	
OLP3		Para el 2027 se logrará el abastecimiento del 50% del equipamiento médico operativo en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Hasta la fecha no se evidencia datos históricos sobre el nivel de abastecimientos médico en los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde informa que el 100% de los establecimientos de salud carecen del equipamiento mínimo requerido.		
	OCP3.1	Para el año 2018 identificar el 100% de los equipos médicos operativo e inoperativos de los centros y puestos de salud por micro redes y redes de salud.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	Jefe de planeamiento estratégico, director de puesto de salud.
	OCP3.2	A partir del 2019 realizar el mantenimiento a razón del 6.5% anual de los equipos médicos por micro redes y redes de salud hasta el año 2027.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	Jefe de planeamiento estratégico, director de puesto de salud.
OCP3.3	A partir del 2020 redistribuir los equipos médico operativos por categoría en los puestos y centros de salud por micro redes y redes de salud a razón del 6.5% anual por establecimientos de salud hasta el 2027.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	Jefe de planeamiento estratégico, director de puesto de salud.	
OLP4		Para el 2027 se logrará que el 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín tengan la infraestructura básica (servicios de saneamiento básicos). Hasta la fecha no se evidencia el comportamiento histórico de la infraestructura de los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde menciona que el 27% de los establecimientos de salud carecen de servicios básicos sanitarios.		
	OCP4.1	Al cierre del 2018, identificar los puestos y centros de salud con problemas de saneamiento básico por micro redes y redes de atención.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Jefe de planeamiento estratégico, director de infraestructura y equipamiento y director del centro de salud.
OCP4.2	A partir del 2019 realizar la reparación y mantenimiento de los servicios sanitarios de los puestos y centros de salud por micro redes y redes a razón del 12.5% anual consecutivamente hasta el año 2027.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Jefe de planeamiento estratégico, director de infraestructura y equipamiento y director del centro de salud.	
OLP5		Para el 2027 se logrará hacer uso eficiente y sincero del gasto público en gestión al 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, se ha evidenciado que el uso del gasto público en gestión es del 95.38% al año 2016.		
	OCP5.1	A partir del 2018, se planificará un presupuesto real y óptimo para la compra, mantenimiento y reparación de equipos médicos para el 6.5% anual consecutivo de establecimientos de salud hasta el año 2026.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Jefe de planeamiento estratégico, director de infraestructura y equipamiento y director del centro de salud.
OCP5.2	A partir del 2018, se planificará un presupuesto real y óptimo para la reparación y mantenimiento de infraestructura sanitaria para el 12.5% anual consecutivo de establecimientos de salud hasta el año 2026.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Jefe de planeamiento estratégico, director de infraestructura y equipamiento y director del centro de salud.	

Tabla 48

Políticas del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

N°	Estrategias	Políticas												
		Promover la cultura de innovación, investigación y desarrollo	Promover proyectos sostenibles en el tiempo	Transparencia y actualización de la información	Accesibilidad y continuidad para ejecución de proyectos	Promover la cultura organizacional	Cumplir con los indicadores de gestión en salud	Respeto a la información privada del paciente	Promover el desarrollo profesional y humano	Actuar de forma cohesionada como sistema de salud	Fomentar y apoyar el desarrollo de la nueva estructura por procesos	Incentivar la competitividad	Respetar los derechos humanos universales y promover los deberes de los trabajadores	Fomentar la modernización
E2	Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	x	x	x	x	x								
E3	Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.			x				x		x				
E4	Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	
E5	Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
E7	Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
E11	Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
E14	Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.													
E15	Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
E18	Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	
E20	Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.	x	x			x			x		x	x	x	
E22	Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.					x					x			

ambiental, administración y dirección de recursos humanos; se manejen como unidades autónomas por región, es decir que cada área se encargue de la gestión de su competencia por región y medirlos en base a indicadores de gestión por proceso asignado. Con este modelo se logra a una mejora en la calidad de los procesos, reducir algunos costos operativos y gastos, aumentar la productividad por proceso, incrementar la productividad, mejorar el posicionamiento del sector y generar un efecto multiplicador continuo (D'Alessio, 2015).

La dirección de planeamiento estratégico realiza el planeamiento estratégico de la región y de cada centro de salud acorde a la realidad de cada jurisdicción, se plantean objetivos a corto y largo plazo en base a la visión del sector, implantan el plan de trabajo y comunican a las redes de salud, éstos son medidos por el avance de los objetivos. El área de desarrollo de campañas de salud se encarga de la elaboración de campañas adaptables por jurisdicción, realizan estudios de mercado, estudios de enfermedades con alto riesgo, y previenen epidemias en la población, siendo controlados por el número de campañas de salud en el sector.

El área de tecnología de información se encarga de abastecer de un sistema de información para la gestión de datos de pacientes en todas las redes de salud en general, asimismo abastece con dispositivos móviles e internet para las visitas médicas a los hogares de los pacientes; son controlados por el nivel de cobertura de tecnología en las redes de salud de la región. El área de infraestructura y desarrollo se encarga de estandarizar la infraestructura de los centros de salud por jurisdicción y nivel de población, otorga equipamiento médico, infraestructura sanitaria, condiciones aptas para la atención de pacientes; ellos son controlados por indicadores como el nivel de infraestructura por puestos de salud. El área de promoción de la salud se encarga de la difusión de las campañas de la salud preventiva en todas las redes de salud de manera uniforme, clara y entendible para los

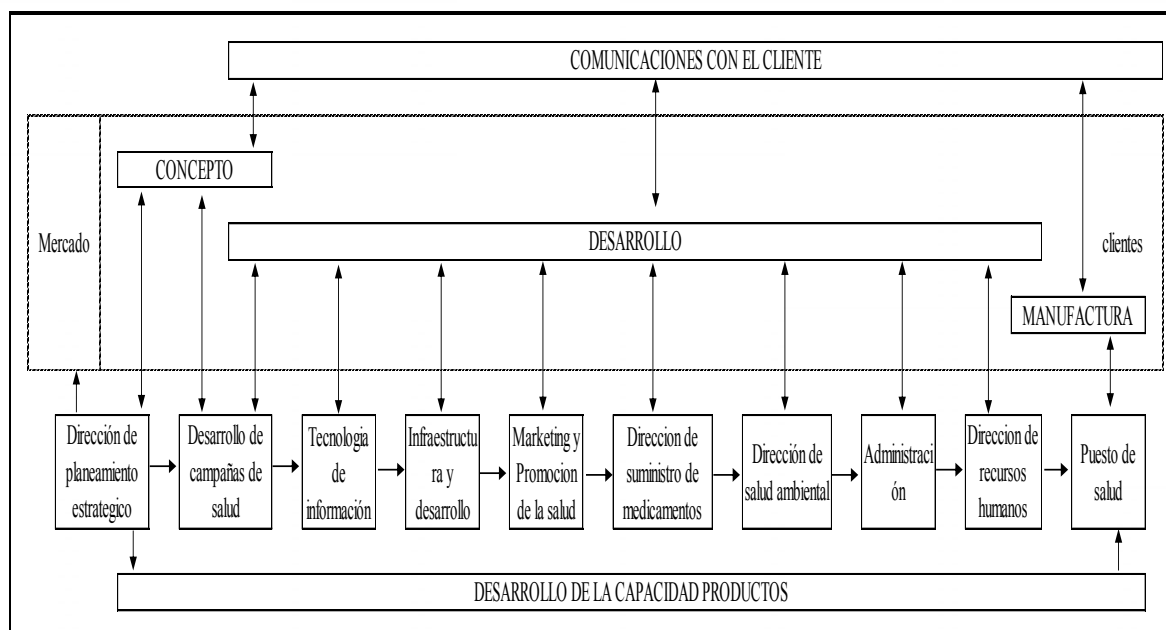


Figura 40. Propuesta de estructura por procesos para el primer nivel de atención pública del sector salud en la región Junín.

pacientes, utiliza redes sociales, publicidad radial y televisiva, para la captación de la totalidad de la población; ellos son medidos por el nivel de aceptación de la población frente a las campañas de salud preventiva.

La dirección de suministros médicos se encarga del abastecimiento total de medicamentos en los centros de salud de todas las redes, ellos velan por el buen funcionamiento de las farmacias en los centros de salud y son medidos por el nivel de abastecimiento de medicamento en los centros de salud. La dirección de salud ambiental se encarga de velar por el uso razonable de los recursos y el reciclaje del mismo, promueven la cultura del respeto al medio ambiente en los centros de salud y son medidos por el nivel de reciclaje de cada centro de salud.

El área de administración se encarga de velar por la cobertura total de materiales para la atención, velar por la recaudación de información de pacientes de cada centro de salud y el funcionamiento de cada centro de salud; ésta área es controlada por el nivel de productividad en la atención de pacientes de cada centro de salud. La dirección de recursos

humano se encarga de la captación, promoción y desarrollo de los profesionales de salud para cada centro de atención médica, otorgan condiciones laborales y oportunidades de línea de carrera; esta área es controlada por la tasa de rotación de profesionales de la salud en el sector.

7.5. Medio Ambiente, Ecología, y Responsabilidad Social

En este punto se presenta la implementación en cuanto las acciones relacionadas con el medio ambiente, ecología y responsabilidad social, todo esto debe desarrollarse en el marco de un ambiente ético e integrando con todos los interesados o stakeholders del sector salud del departamento de Junín. El método de análisis está basado en tres dimensiones: (a) económico (b) social y (c) ambiental, con el propósito de buscar la sostenibilidad del sector en el tiempo (D'Alessio, 2015).

Aspecto económico financiero. Es la responsabilidad que se tiene frente a los recursos económicos del sector referidos al presupuesto otorgado por el gobierno haciendo uso eficiente de los recursos asignados en el año fiscal. Asimismo comprende cumplir con la retribución esperada por el paciente por las tasas pagadas para recibir el servicio de salud con calidad y en el momento oportuno (sector privado) y la expectativa que tiene el paciente del sector salud público por la contribución a Essalud y otras de seguro social gratuito como el SIS, en los Centros y Puestos de Salud del Primer Nivel de atención. Corresponde también asumir el compromiso con el pago justo y equitativo de las remuneraciones para los profesionales de la salud y administrativos, pago a proveedores y otros que deriven de las funciones propias del sector.

Impacto social. Referido a la responsabilidad y compromiso de velar por la seguridad laboral de los profesionales en salud y administrativos, brindando un ambiente sano que coadyuven con el crecimiento profesional y personal de los colaboradores, potenciando sus capacidades y habilidades.

Medio ambiente y ecología. En el marco de una economía globalizada donde los organismos y gobiernos internacionales dan prioridad a la conservación y preservación de nuestro ecosistema y plantean medidas para mitigar los efectos del calentamiento mundial se viene desarrollando políticas para la protección de los recursos naturales, la preservación del agua, suelo y aire por parte de todos los sectores económicos del país, en especial del sector salud con el adecuado manejo de residuos hospitalarios en todos los niveles de atención. Es responsabilidad de la Dirección de Salud Ambiental velar por el cumplimiento, promoción y difusión de las acciones que se realizarán en estricto cumplimiento de las normas y políticas referentes al cuidado y protección del medio ambiente.

7.6. Recursos Humanos y Motivación

El valor del recurso humano recae en la importancia que tiene para el sector salud ya que son ellos los encargados de cumplir con la visión y la misión de la organización, todas las estrategias propuestas serán ejecutadas por el personal administrativo y operativo (profesionales de la salud), en un contexto que garantice su desarrollo por medio de una gestión eficaz y eficiente de la Dirección de Recursos Humanos en coordinación con las otras áreas de procesos cumpliendo con los plazos fijados, alienando los intereses personales con los intereses del sector, identificando los factores de motivación intrínseca y extrínseca de cada uno de los colaboradores, con un liderazgo transformacional por parte de los directores. Integrando a todo el personal en la ejecución de las estrategias de los objetivos a largo y corto plazo para lograr la visión en el plazo establecido.

7.7. Gestión del Cambio

En un ambiente de constante cambio, mitigar sus efectos es crucial al momento de la implementación de las estrategias ya que de ello dependerá su éxito. El cambio se dará en la estructura del sector, de una estructura funcional proponemos una estructura plana, horizontal y por procesos. La cultura también está inmersa en el cambio de valores, políticas

e identidad y su adecuada gestión dependerá de los directores encargados en la ejecución del plan. La resistencia al cambio será un impedimento para lograr la visión propuesta.

El desempeño de los directores será vital en la gestión del cambio, para lo cual deben estar preparados para comunicar al personal el objetivo del plan, así como los beneficios de participar con entusiasmo en este proceso de cambio, lograr que se involucren todos es el objetivo principal antes de poner en marcha las propuestas estratégicas.

Planear la gestión del cambio. Para el siguiente plan, es necesario desarrollar un plan de acción la cual permita evaluar los inconvenientes futuros y así llegar a cumplir con los objetivos de largo plazo. Este plan debe ser aplicado por la gerencia de redes y micro redes del sector con el involucramiento del recurso humano comprometido.

Establecer un sentido de urgencia. Ya que la salud es un sector altamente demandado por los ciudadanos y cuestionado por los altos índices de burocracia y corrupción.

Conformar un grupo director facultado. Es necesario que los gestores quienes sean seleccionados por meritocracia y aptitud tengan en cuenta la visión del sector y los objetivos que se desea cumplir a largo plazo. Los gestores son personas capacitadas y aptas para manejar equipos con alto rendimiento.

Crear y comunicar una visión para el cambio. El grupo directo debe alinearse a la visión de este plan estratégico y transmitir a toda la organización y grupos de interés.

Facultar a otros para lograr la visión del cambio, para lograr el cambio es necesario involucrar a todo el recurso humano de los establecimientos de salud y a la población involucrada.

Usar tecnologías de la información y comunicación como facilitadores. Priorizar el uso de plataformas virtuales que mantenga al día el avance de los objetivos a corto plazo y

velar por una comunicación directa y sencilla entre los trabajadores de los establecimientos de salud.

Uso permanente de la referencia. Es importante actualizarse de los referentes mencionados como Canada, España, Cuba y Chile para el planteamiento de acciones que permita llegar los objetivos a largo plazo.

Tercerizar cuando sea posible. Es una oportunidad para liberarse de la burocracia y concluir proyectos trabados.

Planear resultados y crear éxitos tempranos. Para lograr la eficiencia en el menor tiempo y así trazar una nueva visión de futuro por el sentido de urgencia..

Consolidar mejoramientos y producir mas cambios. Los mejoramientos en abastecimiento de medicinas y equipamiento médico deben ser plasmados en modelos de gestión que sea útil en otras regiones y con ellos producir más cambios a nivel nacional.

Institucionalizar los nuevos enfoques. Orientar y promover para la creación de una oficina exclusiva en innovación y desarrollo para profesionales de la salud.

7.8. Conclusiones

En este capítulo se han formulado cuatro objetivos a largo plazo congruentes con la visión del sector planteada en el capítulo II. Las políticas y recursos asignados a los objetivos corto plazo están diseñadas y alineadas con los objetivos de largo plazo del capítulo V y estrategias formuladas en el capítulo VI, se ha propuesto una estructura del sector salud del departamento de Junín basada en un procesos horizontal y plana. Proponiendo 12 procesos estructurales, y por último, para conseguir el éxito de las estrategias planteadas es necesario un adecuado manejo y adaptación del cambio que involucre a todo el personal.

Capítulo VIII: Evaluación Estratégica

8.1. Perspectivas de Control

Para la evaluación de los indicadores de los objetivos de corto plazo, se utilizó la metodología del Cuadro de Mando Integral, que bajo sus cuatro perspectivas: (a) Interna, (b) Procesos, (c) Clientes, y (d) Financiera, cierran el vacío entre lo que la organización desea hacer y lo que hace. Los objetivos en el presente estudio, se basan en promover la cobertura total para la prevención de enfermedades en la región Junín.

8.1.1. Aprendizaje interno

El aprendizaje de la organización que viene de la mano con la cultura de prevención y gestión eficiente para el control de enfermedades, debe ser una meta constante para todos los directivos y transmitidas a los demás miembros. Según el resultado del Índice de Competitividad Regional del Perú de la CENTRUM Católica Graduate Business School de la Pontificia Universidad Católica del Perú al 2016, la competitividad del departamento de Junín (29.81) dista mucho de la competitividad de Lima como capital (73.43). De acuerdo al Índice de Progreso Regional Perú 2016 también elaborado por la CENTRUM Católica Graduate Business School de la Pontificia Universidad Católica del Perú al 2016, el indicador de salud y bienestar ubica a la región Junín (57.11) en el puesto 12, mientras que las regiones de Huancavelica (82.25) y Ayacucho (76.85) están por encima de ella. Entonces por los resultados obtenidos como región, es necesario promover la cultura de prevención en todos los centros del primer nivel de atención.

8.1.2. Procesos

El proceso actual del sistema de salud muestra una estructura vertical por funciones, haciendo que la gestión administrativa se muestre burocrática; por lo que la propuesta de la estructura por procesos podría apoyar en la gestión eficiente, ya que todas las áreas de la empresa estarían integradas por procesos.

8.1.3. Clientes

Para promover la cultura de prevención en sector salud de Junín en el primer nivel de atención, se ha considerado la participación de los ministerios del Ambiente y Educación, a fin de hacer extensa las campañas de salud; asimismo es importante detectar a la población no asegurada a un tipo de seguro, a fin de complementar la gestión de procesos con la fusión de organismos internacionales gubernamentales para lograr un acceso universal a un seguro de salud.

8.1.4. Financiera

Dentro de la perspectiva financiera se ha considerado que el sector salud en la región Junín necesita lograr la eficiencia en el gasto público de salud frente al presupuesto asignado, cabe resaltar que éste presupuesto puede aumentar con recursos directamente otorgados por el Ministerio de Economía y Finanzas a través de sus Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados, a fin de cumplir con los objetivos a corto plazo.

8.2. Tablero de Control Balanceado (*Balanced Scorecard*)

En la Tabla 49 se presenta el Control Balanceado (Balanced Scorecard).

8.3. Conclusiones

El tablero de control permite contar con una visión integral del primer nivel de atención pública de la región Junín, facilitando la evaluación de las estrategias, implementación y corrección en el momento oportuno.

Tabla 49

Control Balanceado (Balanced Scorecard)

N° de OLP	Objetivos de largo plazo	N° de OCP	Objetivos de corto plazo	Recursos	Indicador	Formula	Perspectiva	Resultados
OLP1	Para el 2027 obtener el 98% del nivel óptimo en disponibilidad de abastecimiento de medicamentos en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte a octubre del 2016 de la DIRESA Junín los Centros y Puestos de Salud del Primer Nivel de atención cuentan con un 88.11%.	OCP 1.1	A partir del 2018 unificar e integrar procesos logísticos y administrativos de los medicamentos a razón del 12.5% de establecimientos de salud anualmente, obteniéndose una integración de la información al 100% para el 2027.	Recurso humano, recurso económico y procesos.	Número de días en abastecimiento de medicamentos al centro de salud.	Total de días del año/ número de pedidos anuales.	Procesos	Obtener una base de datos real y en línea.
		OCP 1.2	A partir del 2019 incrementar a razón del 1% la disponibilidad de medicamentos en las nueve redes de salud de la región Junín consecutivamente hasta el año 2027.	Recurso humano, recurso económico, procesos, cultura organizacional y clima organizacional.	Número de atenciones con disponibilidad de medicamentos	(N° de atenciones en farmacia - N° de rechazo en atención en farmacia)/ N° de atenciones en farmacia.	Procesos	Lograr el bastecimientos de medicamentos en farmacias de los centros de salud
		OCP2.1	A partir del 2019, incrementar la tasa del número de profesionales de salud en 0.50 por cada 10,000 habitantes anualmente hasta el año 2027.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	Cantidad de enfermeros, obstetras y médicos por cada 10,000 personas	(Enfermeros + obstetras + médicos del primer nivel de atención pública) *10,000 / Total de la población de Junín	Procesos	Contratar recurso humano para atención de asegurados al SIS.
OLP2	Para el 2027 se logrará una densidad de profesionales de salud (médicos, obstetras y enfermeros) de 19.18 por cada 10,000 habitantes para la conformación de unidades asistenciales mínimas requeridas en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. En el 2015 la densidad de profesionales de la salud fue 12.30 según la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA.	OCP2.2	A partir del 2018 estandarizar los sueldos de los profesionales de salud del primer nivel de atención a razón del 10% anual consecutivamente hasta el año 2027, empezando en zonas rurales y concluyendo en zonas urbanas .	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	Incremento de sueldo al 10% del personal profesional (enfermeros, obstetras y médicos) por año,	(Enfermeros + obstetras + médicos del primer nivel de atención pública) * 0.1	Procesos	Abastecer de profesionales de salud a centros de salud de zonas rurales.
		OCP2.3	A partir del 2018, identificar consecutivamente a los centros y puestos de salud que carecen de unidades asistenciales mínimas requeridas hasta el año 2027.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Servicios y Número de centros de salud sin unidades asistenciales mínimas.	Servicios + cantidad de centros de salud con carencia asistencial mínima.	Aprendizaje y crecimiento de la organización	Obtener informaión real de la gestión de las unidades asistenciales.
		OCP2.4	A partir del 2019 realizar una redistribución estratégica paulatina de profesionales de la salud en puestos y centros de salud con mayor demanda por ubicación a razón del 6.5% anual de establecimientos de salud hasta el año 2027.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Redistribución de profesionales a centros de salud con mayor demanda.	Cantidad de profesionales redistribuidos + centros de salud de mayor demanda.	Aprendizaje y crecimiento de la organización	Abastecer de profesionales de salud en los puestos y centros con mayor demanda de servicios.
		OCP2.5	A partir del 2018, se programará el horario de atención de los puestos y centros de salud de acuerdo a la realidad de su jurisdicción a razón del 6.5% anual de establecimientos de salud hasta el año 2027	Recurso humano, procesos, y clima organizacional.	Reprogramación de horarios de atención médico.	Cambio de Horario + necesidad de atención.	Cliente	Atención de centros de salud en horarios adaptables al usuario.
		OCP3.1	Para el año 2018 identificar el 100% de los equipos médicos operativo e inoperativos de los centros y puestos de salud por micro redes y redes de salud.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	N° de personas de la población vulnerable	N° de la población total - N° de la población no vulnerable.	Aprendizaje y crecimiento de la organización	Obtener informaión real de la gestión de equipos médicos.
OLP3	Para el 2027 se logrará el abastecimiento del 50% del equipamiento médico operativo en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Hasta la fecha no se evidencia datos históricos sobre el nivel de abastecimientos médico en los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde informa que el 100% de los establecimientos de salud carecen del equipamiento mínimo requerido.	OCP3.2	A partir del 2019 realizar el mantenimiento a razón del 6.5% anual de los equipos médicos por micro redes y redes de salud hasta el año 2027.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	% de personas con seguro.	(N° de personas con seguro - N° de personas sin seguro)/ N° de personas con seguro	Cliente	Obtener equipos médicos operativos para la atención a usuarios.
		OCP3.3	A partir del 2020 redistribuir los equipos médico operativos por categoría en los puestos y centros de salud por micro redes y redes de salud a razón del 6.5% anual por establecimientos de salud hasta el 2027.	Recurso humano, materiales, procesos, cultura organizacional, recurso económico, clima organizacional.	% de avance de registro de historial médico.	1- (N° de atenciones médicas - N° de historiales registrados)/N° atenciones médicas.	Procesos	Los puestos y centros de salud tienen equipos médicos operativos.
OLP4	Para el 2027 se logrará que el 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín tengan la infraestructura básica (servicios de saneamiento básicos). Hasta la fecha no se evidencia el comportamiento histórico de la infraestructura de los puestos y centros de salud pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde menciona que el 27% de los establecimientos de salud carecen de servicios básicos sanitarios.	OCP4.1	Al cierre del 2018, identificar los puestos y centros de salud con problemas de saneamiento básico por micro redes y redes de atención.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Número de centros de salud sin edificaciones sanitarias completas.	N° de centros de salud total - N° de centros de salud con edificación completa.	Aprendizaje y crecimiento de la organización	Obtener la información real de la gestión en infraestructura para establecimientos de salud.
		OCP4.2	A partir del 2019 realizar la reparación y mantenimiento de los servicios sanitarios de los puestos y centros de salud por micro redes y redes a razón del 12.5% anual consecutivamente hasta el año 2027.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	% de ejecución de ppto. en mantenimiento.	(Total de ppto. asignado en mantenimiento - total de ppto ejecutado) / Total de ppto. asignado en mantenimiento.	Procesos	Los establecimientos e salud cuentas con servicios básicos de saneamiento.
OLP5	Para el 2027 se logrará hacer uso eficiente y sincero del gasto público en gestión al 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, se ha evidenciado que el uso del gasto público en gestión es del 95.38% al año 2016.	OCP5.1	A partir del 2018, se planificará un presupuesto real y óptimo para la compra, mantenimiento y reparación de equipos médicos para el 6.5% anual concecutivo de establecimientos de salud hasta el año 2026.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	Número de centros de salud sin edificaciones sanitarias completas.	N° de centros de salud total - N° de centros de salud con edificación completa.	Financiera	Obtener un presupuesto real para el equipamiento médico de establecimientos de salud
		OCP5.2	A partir del 2018, se planificará un presupuesto real y óptimo para la reparación y mantenimiento de infraestructura sanitaria para el 12.5% anual consecutivo de establecimientos de salud hasta el año 2026.	Recurso humano, procesos, cultura organizacional, recurso económico y clima organizacional.	% de ejecución de ppto. en mantenimiento.	(Total de ppto. asignado en mantenimiento - total de ppto ejecutado) / Total de ppto. asignado en mantenimiento.	Financiera	Obtener un presupuesto real para la infraestructura sanitaria de establecimientos de salud.

Capítulo IX: Competitividad del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud en la región Junín

9.1. Análisis Competitivo del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud en la región Junín

Según el Índice de Progreso Social Regional Perú 2016 elaborado por la CENTRUM Católica Graduate Business School de la Pontificia Universidad Católica del Perú (2016b) el nivel de competitividad en salud y bienestar de la región Junín es medio bajo, pues se ubica en la posición 12 en comparación con los demás departamentos del país. Esto indica que la región podría mejorar este indicador satisfaciendo las necesidades de salud básicas para la población a través del enfoque de salud preventiva. La economía peruana está en crecimiento, se proyecta un crecimiento de 4.8% para el 2017, el cual favorece el incremento de presupuesto para el sector salud. Se requiere una capacidad de ejecución eficiente y total del presupuesto para el mantenimiento de las infraestructura y equipamiento del sector. Para medir la competitividad del sector salud en prevención se tiene los siguientes índices que permitirán comparar la evolución del sector: la disponibilidad de medicamentos en los centros y puestos de salud, la cobertura de profesionales medida por la densidad de profesionales por cada 10,000 habitantes y capacidad de ejecución para el mantenimiento, acondicionamiento y reparación de la infraestructura.

9.2. Identificación de las Ventajas Competitivas del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

Los 478 centros y puestos de salud ubicados por jurisdicción y redes geográficas facilitará el acceso a sus instalaciones para la promoción de salud y prevención de enfermedades a toda la población de la región. Para el futuro se pretende generar una cobertura de profesionales de salud especializados en medicina preventiva en los centros y

puestos de salud. La información de historial clínico del paciente en línea, será compartida entre todas las aseguradoras a fin de manejar una información oportuna y real del paciente.

9.3. Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín

Las empresas aseguradoras que ofrezcan un seguro de salud (EPS), son potenciales para formar clúster, con el fin de captar mayor población, con programas dirigidos a la salud preventiva. Las EPS realizan convenios con las clínicas prestadoras de salud y podrían desarrollar convenios con los asegurados para captar un público nuevo con diversas necesidades de atención. Cabe resaltar que estas aseguradoras ya tienen proveedores de servicio de salud como clínicas que cuentan con una infraestructura nueva y desarrollada, con instalaciones nuevas y ambientes adecuados, y un óptimo tiempo para la atención al paciente con cobertura nacional. Las clínicas privadas, podrían desarrollar programas de medicina preventiva, con campañas de consultas médicas y medicina en general. Cabe resaltar que las clínicas privadas cuentan con una infraestructura adecuada para el programa de prevención. Las ONG's, representan un potencial como clúster, estas organizaciones al tener alianzas con organizaciones internacionales, pueden desarrollar estrategias para la salud preventiva, así como la captación de profesionales de la salud de otros países.

9.4. Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres

Las empresas aseguradoras que ofrecen un seguro de salud podrían constituirse como clúster por las siguientes razones estratégicas: la generación de sinergias, el mayor control del mercado, la modernización de instalaciones, buscar el equilibrio de los resultados entre empresas y el aprendizaje de la cooperación. Las clínicas privadas podrían formar un clúster por las siguientes razones estratégicas: ahorro de tiempo en obtener ventajas competitivas, generación de sinergias, favorecimiento de externalidades, para disminuir la ocurrencia de una posición dominante, flexibilidad por utilizar una misma

tecnología, beneficios entre los distintos ciclos de vida y el aprendizaje de la cooperación. Las ONG's podrían formar un clúster por las siguientes razones estratégicas: ahorro de tiempo en obtener ventajas competitivas, conseguir el acceso a nuevos mercados difíciles, aprendizaje de la cooperación y adecuarse a las capacidades de producción y precios en el sector.

9.5. Conclusiones

Las empresas aseguradoras de un seguro de salud, las clínicas privadas y las ONG'S son potenciales elementos para formar clúster, pues el primer nivel de atención pública del sector salud en la región Junín es ineficiente, generando un mercado atractivo para las aseguradoras. Las condiciones internas y externas favorecen a la formación de los clúster, ya el sector Junín se encuentran en pleno proceso para la mejora en la atención del paciente.



Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

10.1. Plan Estratégico Integral (PEI)

En este punto se presenta el Plan Estratégico Integral, con lo cual se comprueba la alineación de este documento, desde la visión hasta los objetivos de largo plazo y la estructura propuesta. Dentro del marco de la misión, los valores y el código de ético. Adicionalmente, se presentan las estrategias retenidas y las políticas para cada una de ellas (ver Tabla 50).

10.2. Conclusiones Finales

1. El primer nivel de atención pública de salud en la región Junín ocupa el puesto 15 en asistencia básica a nivel de las 26 regiones del Perú por las deficiencias en cuatro indicadores de gestión: prestación de servicios, equipamiento médico, abastecimiento de medicamentos y estado de la infraestructura. Cabe resaltar que este nivel de atención atiende a más del 70% de la población de la región asegurada al Seguro Integral de Salud [SIS].
2. Los profesionales gestores y responsables de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública en la región Junín no cumplen con el 100% de los indicadores del “pago capitado” del Seguro Integral de Salud [SIS] (estructura de los establecimientos, procesos en la atención y resultado en las prestaciones de servicio de salud) por el desconocimiento de herramienta de gestión para la atención de asegurados al SIS.
3. Los gestores de los puestos y centros de la salud del primer nivel de atención pública en la región Junín carecen de indicadores de dirección y control del recurso humano de sus establecimientos. Así como el horario de atención de los establecimientos no están adaptados a la realidad de su jurisdicción, ocasionando la ausencia de profesionales de la salud en horas de alta demanda de los pacientes.

4. La infraestructura del 27% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín se muestra inconclusa, sin mantenimiento y sin acceso a los servicios básicos de salubridad; ocasionando la vulnerabilidad en el contagio de enfermedades en los profesionales asistenciales y pacientes del establecimiento de salud.
5. Los diferentes regímenes laborales para los profesionales de salud del Ministerio de Salud y Dirección Regional de Salud de Junín otorgan un escenario de incertidumbre, estancamiento e inseguridad laboral para el crecimiento y desarrollo profesional. El 27.91% de profesionales asistenciales de la Dirección Regional de Salud de Junín se encuentran bajo la modalidad 1057 Contrato Administrativo de Servicios CAS y el 60.94% bajo el régimen laboral 276.
6. El 100% de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín carecen de equipamiento mínimo requerido. Así como el 49% de los establecimientos tiene equipos médicos inoperativos debido a la ineficiente coordinación con las redes de salud de su jurisdicción.
7. Los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín presentan una ineficiente gestión en el abastecimiento y control del stock de medicamentos que ocasiona un sobre costo en el almacenaje de los mismos. El 32% de los establecimientos carecen de medicamentos básicos para la atención en obstetricia y neonatal primaria. El 71% presenta un sub stock en medicamentos primordiales.
8. No existe un presupuesto para la innovación y desarrollo destinado a los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín, ocasionando el estancamiento, desmotivación y falta de innovación en los profesionales de salud.

9. Los procesos del primer nivel de atención pública en la región Junín carecen de automatización. A la fecha los historiales clínicos de los pacientes y papeles de trabajo son manuales y ocasionan demora en la atención.
10. La Dirección Regional de Salud de Junín, las redes, micro redes y establecimientos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín dependen de los cambios administrativos por las elecciones regionales, trayendo consigo el estancamiento de proyectos de inversión para infraestructura, requerimiento de equipos y planes de acción. Esto ocasiona desmotivación, pérdida de dinero, tiempo, recursos y desconfianza de la población frente a la imagen institucional.

10.3. Recomendaciones Finales

1. La Ministra de Salud en coordinación con el Director Nacional del Instituto Nacional de Estadística deben realizar un estudio estadístico de la situación actual de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención por regiones, distritos y provincias, ya que no se ha evidenciado datos históricos de los mismos.
2. La Ministra de Salud en coordinación con el Director de la Dirección Regional de Salud de Junín, los directores de las redes y micro redes deben publicar sus planes estratégicos y de acción para la prevención de enfermedades y promoción de salud acorde a la ley de transparencia pública, pues los últimos datos presentados en la páginas web de las mismas sólo presentan datos actualizados hasta el año 2013 o 2014.
3. El Director del Seguro Integral de Salud SIS debe publicar de manera diaria, mensual y anual el avance de los indicadores nacionales de promoción de salud y prevención de enfermedades por centro, puesto, micro red y red de salud, con el fin de que los profesionales gestores de los mismos puedan evaluar su nivel de

competitividad frente a otras regiones y promover el apoyo y asesoría entre ellos para el beneficio de la sociedad.

4. Los directores de las redes de salud de la región Junín en coordinación con los jefes de unidades de recursos humanos y jefes de las unidades de logística deben hacer una redistribución de profesionales en base a la promoción de salud y prevención de enfermedades, a fin fortalecer las unidades asistenciales mínimas requeridas por la categorización de manera trimestral.
5. El director de la Dirección Regional de Salud de Junín debe implementar encuestas de satisfacción a la ciudadanía sobre la atención del puesto y centro de salud del primer nivel de atención pública para evaluar la calidad en las atenciones y tomar acciones correctivas de manera oportuna.
6. La Ministra de Salud en coordinación con el Director Regional de Salud de Junín, los jefes de la unidad de logística de las redes de salud y el Director del Instituto Nacional de Estadística e Informática realicen un diagnóstico de la infraestructura de los centros y puestos del primer nivel de atención. Asimismo, implementar un plan de acción que contemple el mantenimiento y reparación de los servicios básicos de salubridad, condiciones de infraestructura y unidades administrativas para el correcto funcionamiento.
7. La Ministra de Salud en coordinación con el Director de la Dirección Regional de Salud Junín y directores de otras entidades de seguros de salud pública deben promover la línea de carrera de los profesionales asistenciales y administrativos en base a la productividad y habilidades para la gestión pública, a través del cumplimiento de indicadores nacionales de salud.
8. Los profesionales responsables de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín deben ser capacitados en gestión de

almacenes para lograr una adecuada optimización de los recursos.

9. Los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín deben contar con un presupuesto destinado a la innovación y desarrollo para lograr implementar tecnologías de vanguardia.

10.4. Futuro del Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud en Junín

- Se visiona un primer nivel de atención pública de la región Junín como un ejemplo de calidad en la promoción de salud y prevención de enfermedades, donde los 480 centros y puestos de salud cuenten con una disponibilidad óptima en medicamentos al 98%, donde el 50% de establecimientos cuenten con el equipamiento médico operativo mínimo requerido por categoría de atención, donde la disponibilidad del recursos humanos en salud sea 19.18 por cada 10,000 habitantes asegurados al SIS, donde el 100% de establecimientos cuenten con una infraestructura básica en saneamiento público y finalmente donde haya el uso eficiente del gasto público al 100% en acciones de gestión y control de resultados.
- Cada ciudadano asegurado al SIS tendrá un médico de familia, un enfermero y obstetra en el caso de madres gestantes. Donde el gestor en compañía con el equipo médico realizarán campañas de promoción de salud y prevención de enfermedades en coordinación con los programas nacionales, donde la obtención de recursos será accesible, rápida y simple.
- Se visiona al primer nivel de atención pública combatiendo la tasa de mortalidad y morbilidad con la prevención de enfermedades y atención inmediata, resolutiva y adaptada a la realidad de cada provincia de la región.
- Se visiona un sector donde el profesional de salud está motivado, con trato justo, posibilidades de desarrollo profesional y con escalas remunerativas

estandarizadas que eviten la pérdida de talentos. Se visiona al sector con el acceso de tecnología de punta, con procesos lineales, simplistas y eficientes.

- Se visiona al sector con acceso a la información interconectada, en línea y de acceso público para evaluar los avances y resultados. Se visiona al sector con un acercamiento a la población a través de la Telemedicina, con la referencia y transferencia de pacientes de manera oportuna y eficiente.



Tabla 50

Plan Estratégico Integral (PEI)

Visión							Valores
En el año 2027, el primer nivel de atención pública del sector salud de la región Junín será reconocida en la macro región centro del Perú por prestar servicios de calidad en promoción de salud y prevención de enfermedades.							
Intereses Organizacionales	OLP1	OLP2	OLP3	OLP4	OLP5	Principios cardinales	
1 Cobertura de profesionales de la salud			Para el 2027 se logrará el abastecimiento del 50% del equipamiento médico operativo en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Hasta la fecha no se evidencia datos históricos sobre el nivel de abastecimientos médico en los puestos y centros de salud, pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde informa que el 100% de los establecimientos de salud carecen del equipamiento mínimo requerido.	Para el 2027 se logrará el 100% de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín (servicios de saneamiento básicos). Hasta la fecha no se evidencia el comportamiento histórico de la infraestructura de los puestos y centros de salud pero se cuenta con el informe N° 001-2016-CG/SALUD-OP de la Contraloría de la República del Perú donde menciona que el 27% de los establecimientos de salud carecen de servicios básicos sanitarios.		1 Influencia de terceras partes.	Respeto: A las políticas, privacidad, libertad de expresión, y al trato justo de pacientes y profesionales del sector.
2 Estabilidad laboral y línea de carrera						2 Lazos pasados y presentes.	<p>Transparencia: Asegurar la transmisión y transparencia de la información de manera oportuna y directa al paciente, evitando la suspicacia y comentarios que dañen al sector.</p> <p>Vocación de Servicio: Los profesionales de la salud otorgan un servicio oportuno y de calidad a los pacientes, en la promoción de salud y prevención de enfermedades.</p>
3 Abastecimiento de medicamentos.	Para el 2027 obtener el 98% del nivel óptimo en disponibilidad de abastecimiento de medicamentos en los centros y puestos de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. Según el reporte a octubre del 2016 de la DIRESA Junín los Centros y Puestos de Salud del Primer Nivel de atención cuentan con un 88.11%.	Para el 2027 se logrará una densidad de profesionales de salud (médicos, obstetras y enfermeros) de 19.18 por cada 10,000 habitantes para la conformación de unidades asistenciales mínimas requeridas en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública de la región Junín. En el 2015 la densidad de profesionales de la salud fue 12.30 según la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA.				3 Contrabalance de intereses.	
4 Abastecimiento de equipos médicos operativos.						4 Conservación de los enemigos.	
5 Infraestructura adecuada y moderna.							
6 Atención de requerimientos en el momento oportuno.							
7 Financiamiento del SIS.							
8 Prestación de servicio de salud inmediata y de calidad							
Estrategias	Políticas						
E2	Desarrollar e implementar progresivamente un aplicativo móvil de alertas médicas para el mapeo virtual de la población vulnerable de acuerdo a la cobertura tecnológica en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.		x			x	Integridad: Los profesionales del sector no aprovechan la situación de un paciente para sacar beneficio de ello, pues otorgan la atención accesible y oportuna en los tiempos establecidos.
E3	Mejorar la difusión de campañas de salud y prevención de enfermedades a través de redes sociales y aplicativos virtuales para incrementar la atención en salud a nivel primario en la población urbana.	x	x	x		x	Excelencia: El sector salud busca la productividad en cada proceso de atención preventiva al paciente, con el uso razonable de los recursos y abastecimiento total de medicamentos.
E4	Fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencia "SAMU" con instituciones de interés público para internarse en zonas vulnerables por periodos, a fin de captar, integrar y actualizar información de salud para posteriormente gestionar los indicadores médicos.	x	x	x		x	
E5	Implementar un programa denominado "Amauta" conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud nacionales y extranjeros con experiencia en salud preventiva, para brindar asesoría y capacitar en el campo al equipo médico de los puestos y centros de salud I-1 y I-2 del primer nivel de atención pública.	x	x	x	x	x	Coordinación: Las redes y centros de salud se encuentran coordinadas e integradas para la referencia y transferencia de pacientes, con la información actualizada, oportuna y en línea.
E7	Desarrollar e implementar un sistema informático e integrado de historias clínicas electrónicas que permita el acceso a la información en tiempo real a todos los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública.		x	x		x	
E9	Fortalecer la atención en requerimientos de medicamentos y equipamiento médico de los puestos y centros de salud con el control de indicadores que midan los tiempos de respuesta de gestión en las redes de salud.	x	x	x	x	x	Innovación: Los profesionales del sector salud promueven el desarrollo continuo de los procesos de atención al paciente, con actividades innovadoras que aporten a la cultura de prevención.
E14	Implementar modelos de gestión de expertos en prevención y promoción de salud acorde a la realidad peruana, para mejorar las políticas de gestión y optimización de recursos a través de una plataforma virtual de acceso común a todos los encargados de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública.	x	x	x	x	x	
E16	Mejorar los servicios de mantenimiento de instalaciones de agua potable, alcantarillado y energía eléctrica de los puestos de salud de primer nivel de atención pública a través de la tercerización de servicio en convenio con las municipalidades y comunidades.				x	x	Código de ética
E17	Mejorar el transporte de emergencia (vehículos, motos, botes) con el abastecimiento de combustible para referencia y transferencia de pacientes de zonas rurales, lejanas y vulnerables a las provincias de la región.			x		x	
	Desarrollar e implementar un sistema de gestión integrada de medicamentos en los puestos, micro redes y redes de salud del primer nivel de atención pública para lograr el abastecimiento eficiente y oportuno.	x	x	x		x	Se brinda un servicio igualitario a toda la población, a través de la equidad, justicia y transparencia en los procesos de atención de los centros y puestos de salud del primer nivel de atención.
	Promover la participación de la ciudadanía para fortalecer la imagen institucional de los puestos y centros de salud del primer nivel de atención pública, con la calificación del servicio otorgado en su jurisdicción y tomar medidas correctivas.	x	x	x	x	x	
	Tablero de Control	OCP 1.1	OCP2.1	OCP3.1	OCP4.1	OCP5.1	Tablero de control
	1 Perspectiva financiera	A partir del 2018 unificar e integrar procesos logísticos y administrativos de los medicamentos a razón del 12.5% de establecimientos de salud anualmente, obteniéndose una integración de la información al 100% para el 2027.	A partir del 2019, incrementar la tasa del número de profesionales de salud en 0.50 por cada 10,000 habitantes anualmente hasta el año 2027.	Para el año 2018 identificar el 100% de los equipos médicos operativo e inoperativos de los centros y puestos de salud por micro redes y redes de salud.	Al cierre del 2018, identificar los puestos y centros de salud con problemas de saneamiento básico por micro redes y redes de atención.	A partir del 2018, se planificará un presupuesto real y óptimo para la compra, mantenimiento y reparación de equipos médicos para el 6.5% anual consecutivo de establecimientos de salud hasta el año 2026.	1 Perspectiva financiera
	2 Perspectiva del cliente						2 Perspectiva del cliente
	3 Perspectiva interna						3 Perspectiva interna
	4 Aprendizaje de la Organización						4 Aprendizaje de la Organización
		OCP 1.2	OCP2.2	OCP3.2	OCP4.2	OCP5.2	
		A partir del 2019 incrementar a razón del 1% la disponibilidad de medicamentos en las nueve redes de salud de la región Junín consecutivamente hasta el año 2027.	A partir del 2018 estandarizar los sueldos de los profesionales de salud del primer nivel de atención a razón del 10% anual consecutivamente hasta el año 2027, empezando en zonas rurales y concluyendo en zonas urbanas .	A partir del 2019 realizar el mantenimiento a razón del 6.5% anual de los equipos médicos por micro redes y redes de salud hasta el año 2027.	A partir del 2019 realizar la reparación y mantenimiento de los servicios sanitarios de los puestos y centros de salud por micro redes y redes a razón del 12.5% anual consecutivamente hasta el año 2027.	A partir del 2018, se planificará un presupuesto real y óptimo para la reparación y mantenimiento de infraestructura sanitaria para el 12.5% anual consecutivo de establecimientos de salud hasta el año 2026.	Se promueve la intervención de la población para la administración y organización de los centros de salud, a fin de elaborar programas adaptadas a la necesidad de la población
			OCP2.3	OCP3.3			Se actúa con probidad, honradez e integridad respetando los derechos y beneficios de los pacientes.
			A partir del 2018, identificar consecutivamente a los centros y puestos de salud que carecen de unidades asistenciales mínimas requeridas hasta el año 2027.	A partir del 2020 redistribuir los equipos médico operativos por categoría en los puestos y centros de salud por micro redes y redes de salud a razón del 6.5% anual por establecimientos de salud hasta el 2027.			Se promueve el derecho al acceso universal a un seguro de salud para la población de Junín, promoviendo la salud y atención preventiva de enfermedades.
							Se promueve el desarrollo profesional y humano de nuestros trabajadores otorgándoles un entorno adecuado para el trabajo, líneas de carrera y desarrollo profesional que les permita obtener beneficios para la estabilidad de sus familias
			OCP2.4				Se asegura la transparencia en la información de los medicamentos y productos preventivos para enfermedades, a través de la difusión correcta, oportuna y adecuada a la población sobre las advertencias de los medicamentos
			A partir del 2019 realizar una redistribución estratégica paulatina de profesionales de la salud en puestos y centros de salud con mayor demanda por ubicación a razón del 6.5% anual de establecimientos de salud hasta el año 2027.				
			OCP2.5				Se promueve el cuidado del medio ambiente en cada establecimiento de salud, con el reciclaje de materiales reusables, ahorro de energía y agua potable, clasificación de la basura y conservación de área verdes.
			A partir del 2018, se programará el horario de atención de los puestos y centros de salud de acuerdo a la realidad de su jurisdicción a razón del 6.5% anual de establecimientos de salud hasta el año 2027.				

RECURSOS
ESTRUCTURA ORGANIZACIONALES
PLANES ORGANIZACIONALES

Referencias

- Acuerdo Nacional. (2014). *Acta de Suscripción del AN – 22 de julio del 2002*. Recuperado de <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/acta-de-suscripcion-del-an-22-de-julio-del-2002/>
- Agencia de Promoción de la Inversión Privada del Perú [ProInversión]. (2016). *El Perú en la OCDE*. Recuperado de <http://www.investinperu.pe/modulos/JER/PlantillaStandard.aspx?are=0&prf=0&jer=8006&sec=1>
- Agencia Peruana de Cooperación Internacional [APIC]. (2016). *Situación y Tendencias de la Cooperación Internacional del Perú 2011 – 2014*. Recuperado de http://www.apci.gob.pe/gestion/attach/Situacion_y_Tendencias/Situacion_y_Tendencia_2011_2014.pdf
- Agencia Peruana de Cooperación Internacional [APIC]. (2017). *Resumen Ejecutivo Informe de la Cooperación SUR SUR en Iberoamérica 2016*. Recuperado de http://www.apci.gob.pe/gestion/attach/AF_ESP_Maquetacion_Resumen_ejecutivo_WEB.pdf
- Alemán, A. (2017, 17 de mayo). Así se distribuye el presupuesto del SIS. *La Republica*. Recuperado de <http://larepublica.pe/economia/876612-asi-se-distribuye-el-presupuesto-del-sis>
- Alcalde, R. J., Gonzáles, O., & Nigeda, G. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Lima: Colegio Médico del Perú. Recuperado de <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [APEIM]. (2016). *Niveles socioeconómicos 2016*. Recuperado de <http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nse/APEIM-NSE-2016.pdf>

Autoridad Nacional del Agua. (2015). *Acciones de fiscalización ambiental que realiza la autoridad nacional del agua*. Recuperado de <http://www.oefa.gob.pe/wp-content/uploads/2015/11/6.-Autoridad-Administrativa-del-Agua-Mantaro.pdf>

Banco Mundial. (2015). *Población urbana (% del total)*. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>

Banco Mundial. (2016a). *Financiamiento de la salud en el Perú: Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021*. Recuperado de <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/835211476440143637/pdf/109074-BRI-P160939-Series-Per%C3%BA-Notas-de-Pol%C3%ADtica-2016-PUBLIC-Enbuscadelaseguramientouniversalensalud-SPANISH.pdf>

Banco Mundial. (2016b). *Perú: En busca del aseguramiento universal en salud. Notas políticas*. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/835211476440143637/pdf/109074-BRI-P160939-Series-Per%C3%BA-Notas-de-Pol%C3%ADtica-2016-PUBLIC-Enbuscadelaseguramientouniversalensalud-SPANISH.pdf>

Banco Mundial. (2017a). *Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)*. Recuperado de http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP?end=2014&name_desc=true&start=1995&view=chart

Banco Mundial. (2017b). *Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales) - Perú*. Recuperado de http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP?end=2014&locations=PE&name_desc=false&start=1995&view=chart

Bélgica retira cooperación al desarrollo bilateral al Perú (2015,27 de octubre). *Gestión*.

Recuperado de <http://gestion.pe/economia/belgica-retira-su-cooperacion-economica-al-peru-2146629>

CENTRUM Católica Graduate Business School de la Pontificia Universidad Católica del Perú. (2016a). *Resultados Índice de Competitividad Regional del Perú (Hecho el Deposito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2016-16398)*. Recuperado <http://www.icrp.pe/?K=9>

CENTRUM Católica Graduate Business School de la Pontificia Universidad Católica del Perú y del Social Progress Imperative. (2016b). *Índice de Progreso Social Regional Perú 2016*. Recuperado <http://centrum.pucp.edu.pe/publicaciones/indice-de-progreso-social-regional-peru-2016/>

Colegio Médicos del Perú. (2016). *El Sistema de Salud en Perú, situación y desafíos*. Recuperado de <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2014). *Programa Del Adulto Mayor Cuba. Alberto Fernández Seco*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es>

Comité Regional de Seguridad Ciudadana Junín [CORESEC]. (2016). *Plan de Seguridad Ciudadana y de Convivencia Social-Junín*. Recuperado de <file:///C:/Users/user/Downloads/Comit%20Regional%20de%20Seguridad%20Ciudadana%20-%20Jun%20n.pdf>

Congreso de la República. (2017). *Funciones*. Recuperado de <http://www.congreso.gob.pe/funciones/>

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC]. (2014). *Memoria institucional Agosto 2012- 2013*. (Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014-14341). Recuperado de <file:///C:/Users/HP/Downloads/MomoriaInsitucionalCONCYTEC.pdf>

Constitución Política del Perú. Congreso de la República del Perú (1993)

Contraloría General de la República. (2016). *Nota de prensa N° 90-2016-CG/COM*,

Recuperado de http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284/NP_90_2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284

Chávez, E., & Crespo, S. (2017, 8 de junio). La Muerte del SIS. *Caretas*. Recuperado de

http://caretas.pe/politica/79287-la_muerte_del_sis

D'Alessio, F. (2015). *El Proceso Estratégico: Un enfoque de gerencia* (3a ed.). Lima, Perú:

Pearson Educación de Perú.

Decreto Legislativo N°1158. Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de la

denominación de la superintendencia nacional de aseguramiento en Salud. Presidencia de la República del Perú (2013). Recuperado de

<http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-dispone-medidas-destinadas-al-fortalecimiento-de-la-denominacion-de-la-superintendencia-nacional-de-aseguramiento-en-salud>

Defensoría del pueblo. (2017). *Radiografía de la Corrupción en el Perú*. Recuperado de

<http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/documentos/Reporte-de-corrupcion-DP-2017-01.pdf>

Diario Médico (2015). *Guía de proveedores*. Recuperado de

http://www.diariomedico.pe/?page_id=8021

Dirección de Estudios Económicos de Mype e Industria [DEMI]. (2016). *Junín Sumario*

regional. Recuperado de

http://demi.produce.gob.pe/Content/files/doc_03/Regionales/Jun%C3%ADn.pdf

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. (2015). *Compendio*

Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2015.

Lima, Perú: Ministerio de Salud. Recuperado de

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3444.pdf>

Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento [DGIEM]. (2016).

Mapa de distribución de los establecimientos de salud estratégicos y sus referencias.

Recuperado de <http://www.dgiem.gob.pe/mapa-de-distribucion-de-los-establecimientos-de-salud-estrategicos-y-sus-referencias/>

Dirección General Parlamentaria. (2016). *Carpeta Geo referencial Región Junín Perú.*

Recuperado de

<http://www.congreso.gob.pe/Docs/DGP/GestionInformacionEstadistica/files/files/2016/1.trimestre.12.junin.pdf>

Dirección Regional de Salud Junín. (2010). *Análisis de la situación de Salud del departamento Junín 2010. Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias.*

Recuperado <http://www.diresajunin.gob.pe/web2016/documents/asisjunin2010.pdf>

Dirección Regional de Salud Junín. (2014). *Análisis de la situación de Salud del*

departamento Junín 2014. Serie Análisis de Situación de Salud. Recuperado de

http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_junin.pdf

Dirección Regional de Salud Junín. (2017). *Disponibilidad de Medicamentos.* Recuperado de

http://www.diresajunin.gob.pe/web2015/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=88&Itemid=324

El Montonero. (2016). *El presupuesto público 2017 y la salud.* Recuperado de

<http://elmontonero.pe/columnas/el-presupuesto-publico-2017-y-la-salud>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2015). *Niñez y Adolescencia, Presente y Futuro.* Recuperado de

https://www.unicef.org/peru/spanish/Informe_Anual_2015.pdf

Organismo Panamericano de la Salud [OPS]. (sf.). Recuperado de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12163&Itemid=42005&lang=es

García, P. (2016, 12 de diciembre). Salud para todos. En CADE Ejecutivos 2016. Foro internacional en IPAE, Lima, Perú. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=HobaXeolT_Y

García, P. (2017). *Sustentación del Proyecto de Presupuesto del Año Fiscal 2017 – Sector Salud*. Recuperado de http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/Presupuesto/files/salud_ppto_2017.pdf

Gobierno de PPK nombrará a más de 8,000 trabajadores de la salud durante el 2017 (2016, 30 de agosto). *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/politica/gobierno-ppk-nombrara-mas-8000-trabajadores-salud-durante-2017-2169047>

Gobierno Regional de Junín. (2012). Resolución Directorial N°192-2012/GRJ-DRS/RSVM-URRHH.

Gobierno Regional de Junín. (2017). *Reglamento de Organización y funciones*. http://www.regionjunin.gob.pe/ver_documento/id/GRJ-00084027b52bebfd7fbdf8e1586b6204acddf5.pdf

Gonzales., A. C. (2014). *Análisis comparativo de los sistemas de Cuba, Canadá y Colombia* (Tesis de maestría. Universidad Nacional de Colombia. Colombia). Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/44400/1/1049602355.2014.pdf>

Hoyos, P. (2016, 12 de noviembre). Negociazo de ex asesor Carlos Moreno en servicios del SIS llegó hasta Loreto. *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/impres/politica/820745-negociazo-de-ex-asesor-carlos-moreno-en-servicios-del-sis-llego-hasta-loreto>

Instituto Cuánto. (2013). *Hallazgos y Análisis de Usuarios de Farmacias y Boticas cercanas*

a los establecimientos de salud. Recuperado de

<http://portales.susalud.gob.pe/documents/11450/29142/Estudio+de+la+precepci%C3%B3n+de+usuarios+del+procesos+del+AUS+2013+-+Farmacia.pdf/ef18a427-ac4d-473a-8641-c8ab97c13754>

Instituto Cuánto. (2016). *Perú en número 2016*. Recuperado de

<http://www.cuanto.org/UserFiles/File/Pbci/pen.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2007). *Censos Nacionales 2007 XI de la Población y VI de vivienda*. Recuperado de

<http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/#>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2015a). *Día Mundial de la Población 11 de julio*. Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2015b). *Producto Bruto Interno por Departamento 2014 (Cifras preliminares) año base 2007*. Recuperado de

<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>

Instituto Nacional de Estadística [INEI]. (2015c). *Empleo*. Recuperado de

<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>

Instituto Nacional de Estadística [INEI]. (2015d). *Medio Ambiente*. Recuperado de

<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/medio-ambiente/>

Instituto Nacional de Estadística [INEI]. (2015e). *Sociales*. Recuperado de

<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2016a). *Evolución de la Pobreza*

Monetaria 2009-2015. (Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2016-05291). Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2016b). *Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre, 2016*. Recuperado de http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2016c). *Boletines Especiales de Estimaciones y Proyecciones de Población N°17 al 20*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2016d). *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por departamento, sexo y grupos quinquenales de Edad 1995-2025*. Boletín de Análisis Demográfico N° 37.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2016e). *Transición poblacional del año 2007 y 2017 y 2025 de la región Junín*. Recuperado de <http://webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD1/inicio.html#app=db26&d4a2-selectedIndex=1&d9ef-selectedIndex=1>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016,f). *Nota de Prensa*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-ano-2015-el-producto-bruto-interno-crecio-en-19-departamentos-9203/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2017a). *Perú en cifras*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2017b). *Sociales*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2017c). *Comportamiento de la economía Peruana en el primer trimestre de 2017*. Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_producto-bruto-interno-trimestral-2017i.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2017d). *Boletines especiales de estimaciones y proyecciones de población*. Recuperado de <http://webinei.inei.gob.pe:8080/sirtod-series/>

Inversiones chilenas en el Perú suman US\$ 16,000 millones. (2015, 15 de marzo). *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/economia/inversiones-chilenas-peru-suman-us-16000-millones-2126181>

Ley 26842. Ley General de Salud. Congreso de la República (1997).

Ley 27657. Ley SIS .Congreso de la República (2002).

Ley 27783. Ley de Base de descentralización del Estado. Congreso de la República (2002).

Ley 30225. Ley de Contrataciones del Estado. Congreso de la República (2014).

Ley 30518. Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2017. Congreso de la República (2017).

Ministerio del Ambiente [MINAM]. (2016a). *Hacia una Estrategia Nacional sobre Bosques y Cambio Climático (Documento preliminar)*. Recuperado de http://infobosques.com/portal/wp-content/uploads/2016/02/enbcc_documento.pdf

Ministerio del Ambiente [MINAM]. (2016b, 12 de setiembre). *SCTS estudia falla de Huaytapallana en Junín*. Recuperado de <http://portal.igp.gob.pe/scts-estudia-falla-huaytapallana-junin>

Ministerio de Defensa. (2017a, 23 de mayo). *Nota de prensa: 201 jóvenes del Servicio Militar Voluntario participan en curso técnico de Salud Pública*. Recuperado de https://www.mindef.gob.pe/detnoticia.php?id_noticia=3644&p_tipo=NP

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [MINDIS]. (2017a). *Pensión 65 tranquilidad*

para más peruanos. Recuperado de <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/ques-pension-65/>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [MINDIS]. (2017b). *TAMBOS progreso tierra adentro*. Recuperado de <http://apu.vivienda.gob.pe/tambook/inicio>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [MINDIS]. (2017c). *JUNTOS Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres*. Recuperado de <http://www.juntos.gob.pe/index.php/quienes-somos>
isado.pdf

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2015). *Transparencia Económica Perú*.
Recuperado de

<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2015&ap=ActProy>

Ministerio de Economía y Finanzas de la República del Perú. (2016a, 28 de agosto). Marco Macroeconómico Multianual 2017-2019 Revisado aprobado por el Consejo de Ministros. *El Peruano*. Recuperado de

https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2017_2019_Rev

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2016b). *Transparencia Económica Perú*.
Recuperado de

<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2016&ap=ActProy>

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2017a). *Transparencia Económica Perú*.
Recuperado de

<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2014&ap=ActProy>

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2017b). *Transparencia Económica Perú*.
Recuperado de

<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2016&ap=ActPry>

- Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2017c). *Informe de actualización de Proyecciones Económicas*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/informe_actualizacion_proyecciones.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2017d). *Portal de transparencia Económica*. Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/portal-de-transparencia-economica>
- Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2017e). *Portal de transparencia económica*. Recuperado de <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/>
- Ministerio de Educación. (2014). *Guía de Orientación de Estudios*. Recuperado de <http://juventud.gob.pe/media/publications/guia-orientacion-estudios.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2012). *Desarrollo e Integración Fronteriza*. Recuperado de [http://www.rree.gob.pe/politicaexterior/Documents/Propuesta%20contenido%20folleto%20DDF%20\(29MAY12\).pdf](http://www.rree.gob.pe/politicaexterior/Documents/Propuesta%20contenido%20folleto%20DDF%20(29MAY12).pdf)
- Ministerio de Relaciones Exteriores Perú. (2016). *Guía de negocios e inversión en el Perú 2016-2017*. Recuperado de <http://www.rree.gob.pe/Imagen/2016/guias/EY-guia-de-negocios-e-inversion-peru-2016-2017-esp-set.pdf>
- Ministerio de Salud. (2000). *Herramientas para gestión de redes*. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PGC/821_MS-PGC348-2.pdf
- Ministerio de Salud. (2014). *Consultoría: Elaboración de la Propuesta de Redes Integradas de Salud*. Recuperado de http://www.parsalud.gob.pe/asistencia_tecnica/aseguramiento/3Elaboraci%C3%B3n%20de%20la%20propuesta%20de%20Redes%20Integradas%20de%20Salud/Prop_RedIntegrada.pdf

- Ministerio de Salud [MINSA]. (2015). *Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3397.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2016a). *Lideresa de OMS felicita al Perú por avances en cobertura universal y mejoras en capacidad de respuesta ante epidemias*. Nota de Prensa. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18532>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2016b). *Guía de operativización Cápita 2016 SIS*. Recuperado de http://sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorGREP/archivos/20160311_Gu%C3%ADaOperativizaci%C3%B3nC%C3%A1pita2016.pdf
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2017a). *Estadística*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6#Estadística>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2017b). *Estadísticas de Salud*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresnac/dependencia_demografica.asp
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2017c). *Departamento de Junín*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/mortalidad/tasaMortalidadGeneral/TASMORMacros.asp?12>
- Muqui Red Propuesta y Acción. (2015). *Los Pasivos Ambientales Mineros: Diagnóstico y Propuestas*. Recuperado de <http://www.muqui.org/images/PUBLICACIONES/pasivosambientales2015.pdf>
- Norma Técnica 021- MINSA/dgsp-v.03: Resolución Ministerial N° 546 -2011/MINSA.
- Nota de prensa N° 90 -2016-CG/COM, Contraloría General de la República. Recuperado de http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284/NP_90_2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=82211b5d-4dca-4255-ae22-2b6fe04fe284

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *La educación y la salud están íntimamente unidas*. Recuperado de http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *1era Innovatón en Atención Primaria de Salud*. Recuperado de http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=546:1era-innovaton-atencion-primaria-salud&Itemid=213
- Organismo Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Anexo 5: Resumen de la Estrategia de Cooperación con el País: Perú 2014 – 2019*. Recuperado de http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=acerca-952&alias=476-estrategia-cooperacion-con-pais-peru-2014-2019-version-resumida-6&Itemid=1031
- Organismo Panamericano de la Salud [OPS]. (2014). *Estrategia de Cooperación con el País Perú 2014-2019*. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7664/CCSPER_2014-2019.pdf?ua=1
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OECD]. (2012). *Perú*. Recuperado de <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/Peru%206.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OECD]. (2016). *Evaluaciones del desempeño ambiental Perú*. Recuperado de <https://www.oecd.org/.../16-00313%20Evaluacion%20desempeno-Peru-WEB.pdf>
- Perú invierte sólo el 0.15% de su PBI en ciencia y tecnología, mientras que Chile destina el 0.5%. (28 de enero 2014). *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/economia/gobierno-peruano-invierte-solo-015-su-pbi-ciencia-tecnologia-innovacion-mientras-que-chile-invierte-05-2087516>

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano –PNUD- (2001). *Informe sobre el Desarrollo Humano: Poner el Adelanto Tecnológico al Servicio del Desarrollo Humano*. Recuperado de http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2001_es.pdf
- Porter, M. (2009). *Ser Competitivo*, (8va ed.). Barcelona, España: Deusto.
- Redacción LR. (2016, 28 de febrero). Conozca las 5 rutas alternas para viajar al centro del Perú y viceversa. *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/turismo/rumbos-al-dia/744837-conozca-las-5-rutas-alternas-para-viajar-al-centro-del-peru-y-viceversa>
- Redacción LR. (2017, 12 de marzo). Salud en riesgo por deficiente formación de nuevos médicos. *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/impres/sociedad/855709-salud-en-riesgo-por-deficiente-formacion-de-nuevos-medicos>
- Resolución Jefatural N° 088-2017/SIS. (2017). *Sistema Integral de Salud*. Recuperado de <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/designan-gerente-macro-regional-de-la-gerencia-macro-regiona-resolucion-jefatural-n-088-2017sis-1517532-1/>
- Sabogal, A. (2014). *Perú es un país mega diverso y está entre las 10 naciones de mayor diversidad en el mundo*. Recuperado de <http://www.pucp.edu.pe/climadecambios/index.php?tmpl=articulo&id=1638>
- Sánchez, M. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000400021&script=sci_arttext
- Servicio de Atención Móvil de Urgencias [SAMU]. (2017). Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/samu/index.asp?op=3>
- Seclén, S. (2008). *Coyuntura. Análisis Económico y Social de Actualidad*, 4(21).
Recuperado de

<http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/47409/seclen.pdf?sequence=1>

Seguro Integral de Salud [SIS]. (2014). *Pago Capitado: Financiamiento adelantado para mejorar la cobertura de las prestaciones de salud del primer nivel a los afiliados SIS*.

Recuperado de

http://www.sis.gob.pe/Portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS20140318_PagoCapitado.pdf

Seguro Integral de Salud [SIS]. (2015). *Negociación de indicadores prestacionales capita 2015*. Recuperado de

http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorGREP/archivos/20150206_NegociacionIndicadoresPrestacionalesCapita2015.pdf

Seguro Integral de Salud [SIS]. (2017a). *Negociación de Indicadores Prestacionales Cápita 2015 y Convenio Cápita 2014*. Recuperado de

http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorGREP/archivos/20150206_NegociacionIndicadoresPrestacionalesCapita2015.pdf⁰https://www.google.com.pe/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiO9L_CxNXUAhXJ5SYKHxi9CcMQFggxMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.sis.gob.pe%2Fipresspublicas%2FmiradorGREP%2Farchivos%2F20140815_ConvenioCapita2014.ppt&usq=AFQjCNFiteazcMP6XSJIuEjNkadBvNldzA

Seguro Integral de Salud [SIS]. (2017b). *Portal del SIS*. Recuperado de

<http://www.sis.gob.pe/nuevoPortal/index.html>

Sociedad de Comercio Exterior del Perú [COMEXPERU]. (2013). *Seminario*

COMEXPERU: ¿Cómo estamos en I+D?. Recuperado de

<https://semanariocomexperu.wordpress.com/como-estamos-en-id/>

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria [SUNEDU]. (2016).

SUNEDU identifica a universidades que ofrecen programas de pregrado para los no tendrían autorización. Recuperado de <https://www.sunedu.gob.pe/sunedu-identifica-universidades-que-ofrecen-programas-de-pregrado-para-los-que-no-tendrian-autorizacion/>

Superintendencia Nacional de Salud. (2017). *RENIPRESS - Registro Nacional de Institución*

Prestadora de Salud - IPRESS. Recuperado de <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>

Titelman, M., Cetrángolo, O., & Acosta, L. (2014). *La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad.*

MEDICC Review, 17. Recuperado de [file:///C:/Users/HP/Downloads/mr_448_es%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/mr_448_es%20(2).pdf)

World Economic Forum [WEF]. (2017). *The Global Competitiveness Report 2016–2017.*

Recuperado de http://www3.weforum.org/docs/GCR2016-2017/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2016-2017_FINAL.pdf

World Health Organization. (2014). *World Health Statics.* Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1

**Apéndices A: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al
2017 – 2027**

Buenos días:

Estamos realizando una investigación sobre los centros y puestos de salud del primer nivel de atención del sector salud en la región Junín. Nuestro objetivo es conocer las funciones que se ejecutan en el establecimiento donde usted trabaja, por lo que solicitamos su apoyo en contestar una serie de preguntas con la mayor sinceridad posible. De ante mano agradecemos su gentil colaboración.

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos	Jesus
Centro de Salud I-1	Incho
Cargo que ocupa	Enfermero técnico

CUESTIONARIO

1 ¿Se desarrolla un proceso de planeamiento formal?

No en el centro, pero tengo conocimiento que se realiza en las redes.

2 ¿Se tiene una visión, misión y objetivos estratégicos claros?

Si, están puestos en el periódico mural, pero no me acuerdo de lo que se trata.

3 ¿Es adecuado el diseño organizacional?

No, existen mucho trámite burocrático

4 ¿La especificación de las labores es clara y conocida por todos?

Bueno, aquí todos tenemos que hacer de todo.

5 ¿Es alta la moral y motivación de los trabajadores?

Bueno soy CAS, ya debes imaginarte como me siento

6 ¿El ambiente de trabajo y clima organizacional es el adecuado?

Estamos alejados, pero me siento cómodo

7 ¿Las comunicaciones son efectivas?

Somos pocos en el centro de salud, y nos comunicamos diariamente

8 ¿La administración de sueldos y salarios es efectiva?

No, personas más jóvenes que yo ganan más

9 ¿Las relaciones laborales son efectivas?

A veces, el horario no es de mi apoyo.

10 ¿Los premios y castigos son administrados adecuadamente?

No tenemos premios

11 ¿Existen líneas de carrera para los funcionarios y empleados?

Con mi contrato no tengo línea de carrera

12 ¿Las medidas de seguridad e higiene industrial se cumplen?

Bueno, nosotros hacemos la limpieza aquí

13 ¿Se conocen claramente a los clientes y pacientes?

Si, todo lo tenemos en files de trabajo

14 ¿La participación de la población se ha incrementado?

Si, ahora vienen más personas embarazadas.

15 ¿El alcance de las operaciones es solo local?

Bueno, reporto a mi micro red

16 ¿La organización desarrolla investigación de mercados?

No, a veces salimos para hacer visitas domiciliarias

17 ¿Las visitas domiciliarias son eficientes y eficaz?

No, el tiempo no es suficiente

18 ¿La calidad de servicios, es reconocida por los clientes y consumidores?

Si a veces

19 ¿Publicidad es adecuada para cumplir con los objetivos de la organización?

No, a veces tenemos que salir a volantear por la campañas de vacunación

20 ¿Se maneja un presupuesto de marketing?

En el centro de salud no

21 ¿Son los clientes y consumidores leales?

Sí, pero a veces hay pacientes que ya no vuelven

22 ¿Son los proveedores confiables y proveen insumos directos e indirectos de calidad?

Bueno lo distribuye mi red, me imagino que son de confianza

23 ¿Son los procesos de atención controlados y corregidos, con frecuencia?

No, a veces tenemos visitas inopinadas.

24 ¿Se usan las 7 herramientas de Deming para evaluar la calidad de los procesos?

desconozco

25 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de inventarios?

A veces se nos vence algún medicamento, pero lo detectamos rapidamente

26 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de calidad?

no

27 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de activos fijos productivos?

desconozco

28 ¿La tecnología usada en los procesos es de punta?

No, mi computadora es muy lenta.

29 ¿Se hacen re-layouts con frecuencia?

No, ya todo está determinado por mi red

29 ¿El diseño de las labores es evaluado y revisado frecuentemente?

Si, el encargado evalúa nuestro trabajo

30 ¿Se siguen estándares de trabajos internacionales?

no

31 ¿Se desarrollan estudios de tiempos y movimientos?

no

32 ¿Se le da importancia a la ergonomía, especialmente en los servicios?

no

33 ¿Están las instalaciones, equipos, máquinas, oficinas en buen estado?

no

34 ¿Están los almacenes bien distribuidos y manejados eficientemente?

Si creo

35 ¿La manipulación de materiales es eficiente y productiva, en general?

No a veces nos falta materiales

36 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo?

Si, pero fuera de los horarios de trabajo

37 ¿Se puede aumentar capital a corto y largo plazo?

Si , mi red lo puede hacer

38 ¿Cuentan con fuentes de fondos adecuados y de calidad?

A veces recaudamos dinero con la venta de algunas cosas, pero es significantes.

39 ¿Cuentan con un adecuado capital de trabajo?

no

40 ¿Se manejan presupuestos? ¿De qué tipo?

No, mi red otorga todo

41 ¿Se capacita y entrena al personal de finanzas?

no

42 ¿Se tiene conocimiento del clima y cultura organizacional? ¿Se miden?

Si, no miden pero tratamos de trabajar en armonía

43 ¿Se conocen las capacidades distintivas de todo el personal?

no

45 ¿Se cuenta con una política de contrataciones y despidos?

Si, un CAS es renovado cada 3 o 6 meses

46 ¿Se cuenta con una política de capacitación y despido?

no

47 ¿Se cuenta con una política de capacitación y entrenamiento?

no

48 ¿Se cuenta con una línea de promoción y línea de carrera?

No para mi contrato

49 ¿Se cuenta con una política de incentivos?

No para mi contrato

50 ¿Se cuenta con una política de ausentismo y puntualidad?

Si, cubrir las horas faltantes en otros días

51 ¿Se cuenta con una política de higiene y seguridad industrial?

No, pero tratamos de mantener limpio es centro de salud

52 ¿Se cuenta con actividades de coaching y asesoramiento?

no

53 ¿Se cuenta con un sistema de información gerencial?

no

54 ¿Se cuenta con un sistema de soporte y toma de decisiones?

No, pero trabajamos con una información interna para lanzar nuestras metas

55 ¿Está todo el personal familiarizado con el uso de los sistemas de información?

no

56 ¿Los sistemas de seguridad son eficientes?

Si creo

57 ¿Se actualizan la información frecuentemente?

Es difícil con tantos papeles de trabajo

58 ¿Se hace conocer al personal sobre las ventajas e incremento de la productividad que se puede conseguir con el uso de sistemas de información?

no

59 ¿Son amigables los sistemas de comunicación e información?

No tenemos

60 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de información y comunicación?

Bueno, tenemos los teléfono de los encargados de nuestra red

61 ¿Cuenta la organización con investigación y desarrollo? ¿Hay recursos?

no

62 ¿Se terceriza esta actividad, toda o en parte?

No lo se

63 ¿Los servicios y procesos son tecnológicamente competitivos?

No, aún seguimos con la computadora de hace muchos años atrás

64 ¿Los procesos y administrativos cuentan con el apoyo tecnológico?

Bueno descargo la información en mi computadora

65 ¿Es moderna la tecnología productiva, contribuye en la organización?

no

66 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de tecnología & investigación y desarrollo?

no

**Apéndices B: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al
2017 – 2027**

Buenos días:

Estamos realizando una investigación sobre los centros y puestos de salud del primer nivel de atención del sector salud en la región Junín. Nuestro objetivo es conocer las funciones que se ejecutan en el establecimiento donde usted trabaja, por lo que solicitamos su apoyo en contestar una serie de preguntas con la mayor sinceridad posible. De ante mano agradecemos su gentil colaboración.

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos	Jaqueline
Centro de Salud I-2	Matahuasi
Cargo que ocupa	Obstetra

CUESTIONARIO

1 ¿Se desarrolla un proceso de planeamiento formal?

No hay en el puesto

2 ¿Se tiene una visión, misión y objetivos estratégicos claros?

No sabe

3 ¿Es adecuado el diseño organizacional?

Si es adecuado

4 ¿La especificación de las labores es clara y conocida por todos?

No son claras

5 ¿Es alta la moral y motivación de los trabajadores?

Falta motivación

6 ¿El ambiente de trabajo y clima organizacional es el adecuado?

No es adecuado

7 ¿Las comunicaciones son efectivas?

No hay buena comunicación

8 ¿La administración de sueldos y salarios es efectiva?

No

9 ¿Las relaciones laborales son efectivas?

No son la mejores

10 ¿Los premios y castigos son administrados adecuadamente?

No hay premios, si castigos. Descuentos por llegar tarde.

11 ¿Existen líneas de carrera para los funcionarios y empleados?

No hay línea de carrera

12 ¿Las medidas de seguridad e higiene industrial se cumplen?

La portera hace la limpieza, no cumple con la medidas de higiene.

13 ¿Se conocen claramente a los clientes y pacientes?

Si conocen a sus pacientes.

14 ¿La participación de la población se ha incrementado?

Se incrementa

15 ¿El alcance de las operaciones es solo local?

Es a nivel de la microred

16 ¿La organización desarrolla investigación de mercados?

No

17 ¿Las visitas domiciliarias son eficientes y eficaz?

No, porque el horario de visita no es el adecuado.

18 ¿La calidad de servicios, es reconocida por los clientes y consumidores?

No tanto

19 ¿Publicidad es adecuada para cumplir con los objetivos de la organización?

No es la mas adecuada

20 ¿Se maneja un presupuesto de marketing?

No

21 ¿Son los clientes y consumidores leales?

Si, en la mayoría

22 ¿Son los proveedores confiables y proveen insumos directos e indirectos de calidad?

Es la red de salud, desconoce a quien compran los insumos.

23 ¿Son los procesos de atención controlados y corregidos, con frecuencia?

No

24 ¿Se usan las 7 herramientas de Deming para evaluar la calidad de los procesos?

No

25 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de inventarios?

No son lo mas adecuados

26 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de calidad?

No

27 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de activos fijos productivos?

No lo son

28 ¿La tecnología usada en los procesos es de punta?

No están desfazadas

29 ¿Se hacen re-layouts con frecuencia?

No, es lo mismo

29 ¿El diseño de las labores es evaluado y revisado frecuentemente?

Desconozco

- 30 ¿Se siguen estándares de trabajos internacionales?
No
- 31 ¿Se desarrollan estudios de tiempos y movimientos?
No
- 32 ¿Se le da importancia a la ergonomía, especialmente en los servicios?
No
- 33 ¿Están las instalaciones, equipos, máquinas, oficinas en buen estado?
Falta mejorar las instalaciones.
- 34 ¿Están los almacenes bien distribuidos y manejados eficientemente?
No, falta mejorar.
- 35 ¿La manipulación de materiales es eficiente y productiva, en general?
No hay buena gestión.
- 36 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo?
Si hay capacitaciones.
- 37 ¿Se puede aumentar capital a corto y largo plazo?
Si hay gestión, si
- 38 ¿Cuentan con fuentes de fondos adecuados y de calidad?
No faltan fondos
- 39 ¿Cuentan con un adecuado capital de trabajo?
No
- 40 ¿Se manejan presupuestos? ¿De qué tipo?
Presupuesto general.
- 41 ¿Se capacita y entrena al personal de finanzas?
No hay personal de finanzas.
- 42 ¿Se tiene conocimiento del clima y cultura organizacional? ¿Se miden?

No, no se miden.

43 ¿Se conocen las capacidades distintivas de todo el personal?

No se conoce

45 ¿Se cuenta con una política de contrataciones y despidos?

Contrato de 3 meses.

46 ¿Se cuenta con una política de capacitación y despido?

Hay capacitaciones, no hay políticas de despidos

47 ¿Se cuenta con una política de capacitación y entrenamiento?

No

48 ¿Se cuenta con una línea de promoción y línea de carrera?

No se cuenta

49 ¿Se cuenta con una política de incentivos?

Hay incentivo como CAS

50 ¿Se cuenta con una política de ausentismo y puntualidad?

Si hay políticas

51 ¿Se cuenta con una política de higiene y seguridad industrial?

No, falta de capacitación para deshechos de salud.

52 ¿Se cuenta con actividades de coaching y asesoramiento?

No.

53 ¿Se cuenta con un sistema de información gerencial?

No

54 ¿Se cuenta con un sistema de soporte y toma de decisiones?

No, se trabaja con objetivos mensuales

55 ¿Está todo el personal familiarizado con el uso de los sistemas de información?

No hay sistema de información

56 ¿Los sistemas de seguridad son eficientes?

No hay sistema de información

57 ¿Se actualizan la información frecuentemente?

No

58 ¿Se hace conocer al personal sobre las ventajas e incremento de la productividad que se puede conseguir con el uso de sistemas de información?

No

59 ¿Son amigables los sistemas de comunicación e información?

No se cuenta

60 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de información y comunicación?

Bueno, tenemos los teléfono de los encargados de nuestra red

61 ¿Cuenta la organización con investigación y desarrollo? ¿Hay recursos?

No se cuenta, no hay recursos

62 ¿Se terceriza esta actividad, toda o en parte?

No

63 ¿Los servicios y procesos son tecnológicamente competitivos?

No hay equipos.

64 ¿Los procesos y administrativos cuentan con el apoyo tecnológico?

No se cuenta

65 ¿Es moderna la tecnología productiva, contribuye en la organización?

No se cuenta

66 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de tecnología & investigación y desarrollo?

No se cuenta.

**Apéndices C: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al
2017 – 2027**

Buenos días:

Estamos realizando una investigación sobre los centros y puestos de salud del primer nivel de atención del sector salud en la región Junín. Nuestro objetivo es conocer las funciones que se ejecutan en el establecimiento donde usted trabaja, por lo que solicitamos su apoyo en contestar una serie de preguntas con la mayor sinceridad posible. De ante mano agradecemos su gentil colaboración.

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos	Angela
Centro de Salud I-2	Palián
Cargo que ocupa	Obstetra

CUESTIONARIO

1 ¿Se desarrolla un proceso de planeamiento formal?

No

2 ¿Se tiene una visión, misión y objetivos estratégicos claros?

El centro de salud tiene su propia visión, misión y objetivos

3 ¿Es adecuado el diseño organizacional?

Nadie está de acuerdo con el sistema de salud

4 ¿La especificación de las labores es clara y conocida por todos?

No son claras

5 ¿Es alta la moral y motivación de los trabajadores?

Difícilmente nos motivan

6 ¿El ambiente de trabajo y clima organizacional es el adecuado?

No es adecuado, hace mucho frio, y estamos muy desordenados.

7 ¿Las comunicaciones son efectivas?

Trato de maneter una comunicación frecuente con los asistentes y técnicos.

8 ¿La administración de sueldos y salarios es efectiva?

No

9 ¿Las relaciones laborales son efectivas?

No son la mejores, hay mucha distancias con nuestra micro red correspondiente.

10 ¿Los premios y castigos son administrados adecuadamente?

No hay premios, pero si hay castigo, el más grande es la no renovación de tu contrato.

11 ¿Existen líneas de carrera para los funcionarios y empleados?

No hay línea de carrera, soy contrato CAS.

12 ¿Las medidas de seguridad e higiene industrial se cumplen?

La portera hace la limpieza, la inseguridad está de por medio, pues estamos expuestas a todas las enfermedades

13 ¿Se conocen claramente a los clientes y pacientes?

Si los conozco, aunque no vengan.

14 ¿La participación de la población se ha incrementado?

Si se ha incrementado

15 ¿El alcance de las operaciones es solo local?

Es a nivel de la microred

16 ¿La organización desarrolla investigación de mercados?

No

17 ¿Las visitas domiciliarias son eficientes y eficaz?

No, porque el horario de visita no es el adecuado. Generalmente lo realizamos al fin de mes para cumplir con los indicadores SIS.

18 ¿La calidad de servicios, es reconocida por los clientes y consumidores?

No, su prioridad son los medicamentos.

19 ¿Publicidad es adecuada para cumplir con los objetivos de la organización?

No es la mas adecuada, no tenemos presupuesto.

20 ¿Se maneja un presupuesto de marketing?

No

21 ¿Son los clientes y consumidores leales?

Si, ya que están en nuestra jurisdicción.

22 ¿Son los proveedores confiables y proveen insumos directos e indirectos de calidad?

Desconosco quien compran los insumos, de eso se encarga la red.

23 ¿Son los procesos de atención controlados y corregidos, con frecuencia?

No

24 ¿Se usan las 7 herramientas de Deming para evaluar la calidad de los procesos?

No

25 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de inventarios?

No, tenemos problemas de sobrestock y vencimiento de medicamentos.

26 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de calidad?

No

27 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de activos fijos productivos?

No lo son

28 ¿La tecnología usada en los procesos es de punta?

No están desfazadas, no hay mucha tecnología.

29 ¿Se hacen re-layouts con frecuencia?

No, es lo mismo. Estamos ubicados en los mismos lugares de siempre

29 ¿El diseño de las labores es evaluado y revisado frecuentemente?

Desconozco

30 ¿Se siguen estándares de trabajos internacionales?

No creo

31 ¿Se desarrollan estudios de tiempos y movimientos?

No lo he percibido

32 ¿Se le da importancia a la ergonomía, especialmente en los servicios?

No, pese a solicitarlo.

33 ¿Están las instalaciones, equipos, máquinas, oficinas en buen estado?

Falta mejorar las instalaciones, hay equipos inoperativos.

34 ¿Están los almacenes bien distribuidos y manejados eficientemente?

No, falta mejorar, tenemos problemas de fechas de vencimiento.

35 ¿La manipulación de materiales es eficiente y productiva, en general?

No hay buena gestión, no atienden bien los requerimientos, el tiempo de respuesta es más de 1 año y cuando nos atiende, mandan una cosa por otra.

36 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo?

Si hay capacitaciones.

37 ¿Se puede aumentar capital a corto y largo plazo?

Si hay gestión, si

38 ¿Cuentan con fuentes de fondos adecuados y de calidad?

No faltan fondos

39 ¿Cuentan con un adecuado capital de trabajo?

No, faltan muchas cosas.

40 ¿Se manejan presupuestos? ¿De qué tipo?

Presupuesto general, el de la red.

41 ¿Se capacita y entrena al personal de finanzas?

No hay personal de finanzas.

42 ¿Se tiene conocimiento del clima y cultura organizacional? ¿Se miden?

No, no se miden.

43 ¿Se conocen las capacidades distintivas de todo el personal?

No se conoce

44 ¿Se cuenta con un área de organización y métodos?

No

45 ¿Se cuenta con una política de contrataciones y despidos?

Contrato de 3 meses, despido al no cumplir con las metas del establecimiento de salud.

46 ¿Se cuenta con una política de capacitación y despido?

Hay capacitaciones, no hay políticas de despidos

47 ¿Se cuenta con una política de capacitación y entrenamiento?

No, tu te entrenas sola.

48 ¿Se cuenta con una línea de promoción y línea de carrera?

No se cuenta, mi contrato no lo permite.

49 ¿Se cuenta con una política de incentivos?

Hay incentivo como CAS, con un bono de 450 si llego a mi meta.

50 ¿Se cuenta con una política de ausentismo y puntualidad?

Si hay políticas

51 ¿Se cuenta con una política de higiene y seguridad industrial?

No, falta de capacitación para deshechos de salud.

52 ¿Se cuenta con actividades de coaching y asesoramiento?

No.

53 ¿Se cuenta con un sistema de información gerencial?

No

54 ¿Se cuenta con un sistema de soporte y toma de decisiones?

No, se trabaja con objetivos mensuales

55 ¿Está todo el personal familiarizado con el uso de los sistemas de información?

No hay sistema de información

56 ¿Los sistemas de seguridad son eficientes?

No hay

57 ¿Se actualizan la información frecuentemente?

No, no tengo acceso a internet.

58 ¿Se hace conocer al personal sobre las ventajas e incremento de la productividad que se puede conseguir con el uso de sistemas de información?

No

59 ¿Son amigables los sistemas de comunicación e información?

No se cuenta

60 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de información y comunicación?

Bueno, tenemos los teléfono de los encargados de nuestra red

61 ¿Cuenta la organización con investigación y desarrollo? ¿Hay recursos?

No se cuenta, no hay recursos

62 ¿Se terceriza esta actividad, toda o en parte?

No

63 ¿Los servicios y procesos son tecnológicamente competitivos?

No hay equipos.

64 ¿Los procesos y administrativos cuentan con el apoyo tecnológico?

No se cuenta

65 ¿Es moderna la tecnología productiva, contribuye en la organización?

No se cuenta

66 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de tecnología & investigación y desarrollo?

No



**Apéndices D: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al
2017 – 2027**

Buenos días:

Estamos realizando una investigación sobre los centros y puestos de salud del primer nivel de atención del sector salud en la región Junín. Nuestro objetivo es conocer las funciones que se ejecutan en el establecimiento donde usted trabaja, por lo que solicitamos su apoyo en contestar una serie de preguntas con la mayor sinceridad posible. De ante mano agradecemos su gentil colaboración.

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos	Rosario
Centro de Salud I-3	Ocopilla
Cargo que ocupa	Obstetra

CUESTIONARIO

1 ¿Se desarrolla un proceso de planeamiento formal?

No

2 ¿Se tiene una visión, misión y objetivos estratégicos claros?

Si, el puesto tiene su visión y misión, solo que es difícil recordarla.

3 ¿Es adecuado el diseño organizacional?

No, estamos de mal en peor.

4 ¿La especificación de las labores es clara y conocida por todos?

No son claras, todos hacen de todo un poco.

5 ¿Es alta la moral y motivación de los trabajadores?

Totalmente desmotivados.

6 ¿El ambiente de trabajo y clima organizacional es el adecuado?

No es adecuado, pero así nos otorgan el centro, no podemos cambiar nada.

7 ¿Las comunicaciones son efectivas?

A veces, la ventaja es que todos nos vemos frecuentemente.

8 ¿La administración de sueldos y salarios es efectiva?

No, es más bajo en comparación a Essalud.

9 ¿Las relaciones laborales son efectivas?

No son las mejores, hay muchas distancias con nuestra micro red, y mala distribución de recursos.

10 ¿Los premios y castigos son administrados adecuadamente?

No hay premios, pero si hay castigo, el más grande es la no renovación de tu contrato.

11 ¿Existen líneas de carrera para los funcionarios y empleados?

No hay línea de carrera, soy contrato CAS.

12 ¿Las medidas de seguridad e higiene industrial se cumplen?

Hay una persona encargada de la limpieza, pero no de la seguridad

13 ¿Se conocen claramente a los clientes y pacientes?

Si casi son los mismos.

14 ¿La participación de la población se ha incrementado?

Si se ha incrementado

15 ¿El alcance de las operaciones es solo local?

Recibimos la referencia y transferencia de los puestos I-1 y I-2.

16 ¿La organización desarrolla investigación de mercados?

No

17 ¿Las visitas domiciliarias son eficientes y eficaces?

Generalmente no hacemos visitas, ya que recibimos más transferencia y referencias de otros centros y puestos de salud.

18 ¿La calidad de servicios, es reconocida por los clientes y consumidores?

No

19 ¿Publicidad es adecuada para cumplir con los objetivos de la organización?

No es la mas adecuada

20 ¿Se maneja un presupuesto de marketing?

No

21 ¿Son los clientes y consumidores leales?

Si, ya que están en nuestra jurisdicción.

22 ¿Son los proveedores confiables y proveen insumos directos e indirectos de calidad?

Desconosco quien compran los insumos, de eso se encarga la red.

23 ¿Son los procesos de atención controlados y corregidos, con frecuencia?

No

24 ¿Se usan las 7 herramientas de Deming para evaluar la calidad de los procesos?

No

25 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de inventarios?

No, tenemos problemas de sobrestock y vencimiento de medicamentos.

26 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de calidad?

No

27 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de activos fijos productivos?

No

28 ¿La tecnología usada en los procesos es de punta?

No están desfazadas.

29 ¿Se hacen re-layouts con frecuencia?

No, eso está sancionado.

29 ¿El diseño de las labores es evaluado y revisado frecuentemente?

Desconozco

30 ¿Se siguen estándares de trabajos internacionales?

No

31 ¿Se desarrollan estudios de tiempos y movimientos?

No

32 ¿Se le da importancia a la ergonomía, especialmente en los servicios?

No, lo hemos solicitado, pero priorizan otro puntos.

33 ¿Están las instalaciones, equipos, máquinas, oficinas en buen estado?

No, las infraestructura es pésima.

34 ¿Están los almacenes bien distribuidos y manejados eficientemente?

No, tenemos problemas de fechas de vencimiento.

35 ¿La manipulación de materiales es eficiente y productiva, en general?

No, hay una pésima gestión de los recursos, no atienden todos nuestros requerimientos, y envían una cosa por otra.

36 ¿Se capacita y entrenan frecuentemente al equipo?

Si hay capacitaciones, pero no hay mucho tiempo para ir.

37 ¿Se puede aumentar capital a corto y largo plazo?

Si hay gestión, si, pero se demoran en responder.

38 ¿Cuentan con fuentes de fondos adecuados y de calidad?

No

39 ¿Cuentan con un adecuado capital de trabajo?

No, faltan muchas cosas.

40 ¿Se manejan presupuestos? ¿De qué tipo?

Presupuesto general, el de la red quien deriva a la micro red de nuestra jurisdicción.

41 ¿Se capacita y entrena al personal de finanzas?

No hay personal de finanzas.

42 ¿Se tiene conocimiento del clima y cultura organizacional? ¿Se miden?

No, no se miden.

43 ¿Se conocen las capacidades distintivas de todo el personal?

No

44 ¿Se cuenta con un área de organización y métodos?

No

45 ¿Se cuenta con una política de contrataciones y despidos?

Hay dos contratos: Las personas con contrato 276 tienen un contrato indeterminado y por lo general no son despedidos, en cambio las personas con contrato CAS son despedidos si no cumplen con la meta, por ello su renovación es cada 3 meses.

46 ¿Se cuenta con una política de capacitación y despido?

Hay capacitaciones, no hay políticas de despidos

47 ¿Se cuenta con una política de capacitación y entrenamiento?

No, pero si nos capacitan

48 ¿Se cuenta con una línea de promoción y línea de carrera?

No se cuenta, mi contrato no lo permite.

49 ¿Se cuenta con una política de incentivos?

En el caso de mi puesto no hay bono de incentivo.

50 ¿Se cuenta con una política de ausentismo y puntualidad?

Si hay políticas

51 ¿Se cuenta con una política de higiene y seguridad industrial?

No, falta de capacitación para deshechos de salud.

52 ¿Se cuenta con actividades de coaching y asesoramiento?

No.

53 ¿Se cuenta con un sistema de información gerencial?

No

54 ¿Se cuenta con un sistema de soporte y toma de decisiones?

No, se trabaja con objetivos mensuales

55 ¿Está todo el personal familiarizado con el uso de los sistemas de información?

No hay sistema de información

56 ¿Los sistemas de seguridad son eficientes?

No hay

57 ¿Se actualizan la información frecuentemente?

No, no tengo acceso a internet.

58 ¿Se hace conocer al personal sobre las ventajas e incremento de la productividad que se puede conseguir con el uso de sistemas de información?

No

59 ¿Son amigables los sistemas de comunicación e información?

No se cuenta

60 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de información y comunicación?

Bueno, tenemos los teléfono de los encargados de nuestra red

61 ¿Cuenta la organización con investigación y desarrollo? ¿Hay recursos?

No se cuenta, no hay recursos

62 ¿Se terceriza esta actividad, toda o en parte?

No

63 ¿Los servicios y procesos son tecnológicamente competitivos?

No hay equipos.

64 ¿Los procesos y administrativos cuentan con el apoyo tecnológico?

No se cuenta

65 ¿Es moderna la tecnología productiva, contribuye en la organización?

No se cuenta

66 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de tecnología & investigación y desarrollo?

No



**Apéndices E: Cuestionario Sobre Dirección Estratégica Del Sector Salud De Junín al
2017 – 2027**

Buenos días:

Estamos realizando una investigación sobre los centros y puestos de salud del primer nivel de atención del sector salud en la región Junín. Nuestro objetivo es conocer las funciones que se ejecutan en el establecimiento donde usted trabaja, por lo que solicitamos su apoyo en contestar una serie de preguntas con la mayor sinceridad posible. De ante mano agradecemos su gentil colaboración.

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos	Nilda
Centro de Salud I-4	Concepción
Cargo que ocupa	Enfermera

CUESTIONARIO

1 ¿Se desarrolla un proceso de planeamiento formal?

Nosotros si lo realizamo ya que deseamos ser una unidad ejecutora independiente de la red del valle del Mantaro.

2 ¿Se tiene una visión, misión y objetivos estratégicos claros?

Si, lo tenemos claro.

3 ¿Es adecuado el diseño organizacional?

No, por eso buscamos convertirnos en una unidad ejecutora.

4 ¿La especificación de las labores es clara y conocida por todos?

Si, como un total de 24 personas laborando, tenemos clara nuestra funciones.

5 ¿Es alta la moral y motivación de los trabajadores?

No, por los diferentes contratos laborales, pero internamente tratamos de motivarnos.

6 ¿El ambiente de trabajo y clima organizacional es el adecuado?

No es el adecuado, pero no podemos quejarnos, otros puesto se encuentran peores que nosotros.

7 ¿Las comunicaciones son efectivas?

Internamente es buena, pero con la red es pésima, mucho trámite burocrático.

8 ¿La administración de sueldos y salarios es efectiva?

No, hay diferencias entre los contratos, incluso con el mismo sistema.

9 ¿Las relaciones laborales son efectivas?

No son la mejores, hay mucha distancias con nuestra red y mala distribución de recursos.

10 ¿Los premios y castigos son administrados adecuadamente?

No hay premios, pero si castigo por impuntualidad y no renovación de contrato es el caso de un CAS.

11 ¿Existen líneas de carrera para los funcionarios y empleados?

No hay línea de carrera, soy contrato CAS, tampoco lo tienen los del régimen 276

12 ¿Las medidas de seguridad e higiene industrial se cumplen?

Hay una persona encargada de la limpieza, pero no de la seguridad

13 ¿Se conocen claramente a los clientes y pacientes?

Si sabemos que son todos aquellos de nuestra jurisdicción incluidos los de los puestos y centros de referencia.

14 ¿La participación de la población se ha incrementado?

Si se ha incrementado

15 ¿El alcance de las operaciones es solo local?

Recibimos la referencia y transferencia de los puestos I-1 y I-2, ellos vienen a realizar sus exámenes de laboratorio aquí, y el internamiento si corresponde.

16 ¿La organización desarrolla investigación de mercados?

No, la DIRESA es quien tiene esa función.

17 ¿Las visitas domiciliarias son eficientes y eficaz?

No, es difícil, a veces no se encuentra a la población vulnerable en sus casas, ya que tienen otras actividades.

18 ¿La calidad de servicios, es reconocida por los clientes y consumidores?

A veces reconocen nuestro trabajo, pero la infraestructura no apoya.

19 ¿Publicidad es adecuada para cumplir con los objetivos de la organización?

No es la mas adecuada, tratamos de apoyarnos con la municipalidad.

20 ¿Se maneja un presupuesto de marketing?

No

21 ¿Son los clientes y consumidores leales?

Si, ya que están en nuestra jurisdicción y nos conviene atender a todos ellos ya que contribuyen a nuestra meta del SIS.

22 ¿Son los proveedores confiables y proveen insumos directos e indirectos de calidad?

Por la forma que llega, considero que deben cambiar al proveedor de distribución, pues envían una cosa por otra y no mandan mas de lo debido a fin del año, cuando ya no se requiere para las metas.

23 ¿Son los procesos de atención controlados y corregidos, con frecuencia?

No

24 ¿Se usan las 7 herramientas de Deming para evaluar la calidad de los procesos?

No

25 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de inventarios?

Pésimo, hay ausencia de mucho medicamentos e insumos para los exámenes médicos.

26 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de calidad?

No, son pésimas, pero tratamos de hacer lo mejor

27 ¿Son eficaces las políticas y procedimientos de control de activos fijos productivos?

No, por ello buscamos ser una unidad ejecutora.

28 ¿La tecnología usada en los procesos es de punta?

No están desfazadas.

29 ¿Se hacen re-layouts con frecuencia?

No

29 ¿El diseño de las labores es evaluado y revisado frecuentemente?

Desconozco

30 ¿Se siguen estándares de trabajos internacionales?

No

31 ¿Se desarrollan estudios de tiempos y movimientos?

No

32 ¿Se le da importancia a la ergonomía, especialmente en los servicios?

Si, velamos por la salud de los rabajadores.

33 ¿Están las instalaciones, equipos, máquinas, oficinas en buen estado?

No, las infraestructura es pésima, equipos inoperativos que solicitamos mantenimiento y no hay respuesta inmediata.

34 ¿Están los almacenes bien distribuidos y manejados eficientemente?

No, tenemos problemas de fechas de vencimiento y sobrestock.

35 ¿La manipulación de materiales es eficiente y productiva, en general?

No, hay una pésima gestión de los recursos, no atienden todos nuestros requerimientos, y envían una cosa por otra.

36 ¿Se capacita y entrenan frecuentemente al equipo?

Si hay capacitaciones, pero no es muy frecuente.

37 ¿Se puede aumentar capital a corto y largo plazo?

Si hay gestión, si, pero se demoran en responder, por ello buscamos ser unidad ejecutora.

38 ¿Cuentan con fuentes de fondos adecuados y de calidad?

No

39 ¿Cuentan con un adecuado capital de trabajo?

No, faltan muchas cosas.

40 ¿Se manejan presupuestos? ¿De qué tipo?

Presupuesto general de la propia red. Tendríamos nuestro propio presupuestos si fuéramos una unidad ejecutora.

41 ¿Se capacita y entrena al personal de finanzas?

No hay personal de finanzas.

42 ¿Se tiene conocimiento del clima y cultura organizacional? ¿Se miden?

No, no se miden.

43 ¿Se conocen las capacidades distintivas de todo el personal?

No

44 ¿Se cuenta con un área de organización y métodos?

No

45 ¿Se cuenta con una política de contrataciones y despidos?

Hay dos contratos: Las personas con contrato 276 tienen un contrato indeterminado y por lo general no son despedidos, en cambio las personas con contrato CAS son despedidos si no cumplen con la meta, por ello su renovación es cada 3 meses.

46 ¿Se cuenta con una política de capacitación y despido?

Hay capacitaciones, no hay políticas de despidos

47 ¿Se cuenta con una política de capacitación y entrenamiento?

No, pero si nos capacitan

48 ¿Se cuenta con una línea de promoción y línea de carrera?

No hay línea de carrera.

49 ¿Se cuenta con una política de incentivos?

En el caso de mi puesto no hay bono de incentivo.

50 ¿Se cuenta con una política de ausentismo y puntualidad?

Si hay políticas, nos sancionan si faltamos o llegamos tarde.

51 ¿Se cuenta con una política de higiene y seguridad industrial?

Si

52 ¿Se cuenta con actividades de coaching y asesoramiento?

No.

53 ¿Se cuenta con un sistema de información gerencial?

No

54 ¿Se cuenta con un sistema de soporte y toma de decisiones?

No, a pesar de solicitarlos.

55 ¿Está todo el personal familiarizado con el uso de los sistemas de información?

No hay sistema de información

56 ¿Los sistemas de seguridad son eficientes?

No hay

57 ¿Se actualizan la información frecuentemente?

No, no tengo acceso a internet.

58 ¿Se hace conocer al personal sobre las ventajas e incremento de la productividad que se puede conseguir con el uso de sistemas de información?

No

59 ¿Son amigables los sistemas de comunicación e información?

No se cuenta

60 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de información y comunicación?

No, lamentablemente.

61 ¿Cuenta la organización con investigación y desarrollo? ¿Hay recursos?

No se cuenta, no hay recursos

62 ¿Se terceriza esta actividad, toda o en parte?

No

63 ¿Los servicios y procesos son tecnológicamente competitivos?

No hay equipos.

64 ¿Los procesos y administrativos cuentan con el apoyo tecnológico?

No se cuenta

65 ¿Es moderna la tecnología productiva, contribuye en la organización?

No se cuenta

66 ¿Se capacita y entrena frecuentemente al equipo de tecnología & investigación y desarrollo?

No

