

Aprueban Anexo CME 12 de la Resolución Directoral N° 008-2012-EF/63.01 y Nuevos Lineamientos de Inversión para Reducir la Desnutrición Crónica Infantil en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 010-2012-EF/63.01

Lima, 21 de diciembre de 2012

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 3 de la Ley N° 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, modificado por el artículo único de la Ley N° 28802, en concordancia con lo dispuesto en la Tercera Disposición Complementaria Final de la Resolución Ministerial N° 223-2011-EF-43, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Economía y Finanzas, dispone que el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Política de Inversiones, es la más alta autoridad técnico normativa del Sistema Nacional de Inversión Pública y dicta las normas técnicas, métodos y procedimientos que rigen los Proyectos de Inversión Pública;

Que, los literales f. y m. del numeral 3.2 del artículo 3 del Reglamento del Sistema Nacional de Inversión Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 102-2007-EF, señalan que la Dirección General de Política de Inversiones establece los niveles mínimos de estudios de preinversión que requieren los Proyectos de Inversión Pública, así como las metodologías generales y específicas para la formulación y evaluación de proyectos, normas técnicas y parámetros de evaluación;

Que, con Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA y modificatorias, el Ministerio de Salud aprobó el Listado Nacional de Establecimientos de Salud Estratégicos en el Marco de las Redes de los Servicios de Salud, y mediante Oficios Nos. 0974-2012-OGPP-OPI/MINSA y 0985-2012-OGPP-OPI/MINSA, dicho Ministerio solicitó a esta Dirección General la aprobación de contenidos mínimos específicos de estudios de preinversión a nivel de Perfil de Proyectos de Inversión Pública en Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Directoral N° 008-2012-EF/63.01 se aprobaron contenidos mínimos específicos de estudios de preinversión de Programas de Inversión Pública y Proyectos de Inversión Pública, siendo necesario incorporar el contenido mínimo específico aplicable a los Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud;

Que, tras las coordinaciones realizadas con los Ministerios de Desarrollo e Inclusión Social y de Salud, resulta necesario derogar la Resolución Directoral N° 007-2012-EF/63.01, y aprobar nuevos Lineamientos de inversión para reducir la Desnutrición Crónica Infantil en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública;

En concordancia con las facultades dispuestas por la Ley N° 27293 y sus modificaciones; normas reglamentarias y complementarias; la Resolución Ministerial N° 223-2011-EF/43 y la Resolución Directoral N° 226-2012-EF/43.01;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobación del Anexo CME 12 - Contenidos mínimos específicos de estudios de preinversión a nivel de Perfil de Proyectos de Inversión Pública en Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud

Apruébese el Anexo CME 12- Contenidos mínimos específicos de estudios de preinversión a nivel de Perfil de Proyectos de Inversión Pública en Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud, de la Resolución Directoral N° 008-2012-EF/63.01.

Artículo 2°.- Modifíquense los numeral 1.1 y 1.3 del artículo 1° de la Resolución Directoral N° 008-2012-EF/63.01

Modifíquense los numerales 1.1 y 1.3 del artículo 1° de la Resolución Directoral N° 008-2012-EF/63.01 con el siguiente texto:

“Artículo 1°.- Aprobación de contenidos mínimos específicos

(...)

- Contenidos mínimos específicos de estudios de preinversión a nivel de Perfil de Proyectos de Inversión Pública en Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud (Anexo CME 12).

(...)

1.3 La declaración de viabilidad de los Proyectos de Inversión Pública de electrificación rural, de rehabilitación de carreteras y de Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud, cuyo monto de inversión a precios de mercado supere los UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL Y 00/100 NUEVOS SOLES (S/. 1 200 000,00), podrá ser otorgada con estudios de preinversión a nivel de Perfil, elaborados de acuerdo con los contenidos mínimos específicos señalados en el los Anexos CME 07, 08 y 12 de la presente norma, respectivamente.

Los Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud, a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse identificados en la Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA y modificatorias, a fin de que proceda la aplicación del Anexo CME 12.

(...)

Artículo 3°.- Aprobación de los nuevos Lineamientos de Inversión para reducir la desnutrición crónica infantil en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública.

Apruébense los nuevos Lineamientos de Inversión para reducir la desnutrición crónica infantil en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública, que como anexo forman parte integrante de la presente Resolución Directoral. Dichos lineamientos, incluyen orientaciones sobre los principales aspectos que se deben tener en cuenta para planificar, priorizar y formular Proyectos y Programas de Inversión Pública que contribuyan a reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años.

Artículo 4°.- Derogación

Deróguese la Resolución Directoral N° 007-2012-EF/63.01.

Artículo 5°.- Publicación

El contenido mínimo específico y el Anexo aprobado por la presente Resolución Directoral, serán publicados en el Diario Oficial “El Peruano”, así como en el portal institucional del Ministerio de Economía y Finanzas (www.mef.gob.pe), en la Sección de Inversión Pública.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

ELOY DURAND CERVANTES

Director General (e)

Dirección General de Política de Inversiones

CONTENIDOS MÍNIMOS ESPECÍFICOS DE ESTUDIOS DE PREINVERSIÓN A NIVEL DE PERFIL DE PIP EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ESTRATÉGICOS DEL MINISTERIO DE SALUD

A. ANTECEDENTES

A.1 Un Establecimiento de Salud Estratégico¹ se define como un “Establecimiento de salud con capacidad resolutive de mediana complejidad, que puede atender las necesidades de atención de salud más frecuentes en un radio de dos horas para la atención no quirúrgica y de cuatro horas para la atención quirúrgica. Es parte de la estrategia de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud y de redes de servicios de salud² que promueve el sistema nacional de salud”.

A.2 Procesos desarrollados por el MINSA y los Gobiernos Regionales a través de las DIRESAs y en el caso de Lima Metropolitana con las DISAs respectivas, para la elaboración

del: i) Listado Nacional de Establecimientos de Salud Estratégicos, aprobado mediante R.M. N° 632-2012/MINSA y modificatorias é ii) Identificación de necesidades de inversión basada en el Documento Técnico “Planeamiento multianual de inversiones en salud a nivel regional”, aprobado mediante R.M. N° 577-2011/MINSA.

B. APLICACIÓN

B.1 Estos contenidos serán aplicables a los estudios de preinversión a nivel de Perfil de los PIP en los Establecimientos de Salud Estratégicos identificados en el listado aprobado mediante R.M. N° 632-2012/MINSA, cuyo monto de inversión sea mayor de S/. 1'200,000 (Un Millón Doscientos y 00/100 Nuevos Soles).

B.2 Los PIP que se formulen pueden incluir intervenciones en más de un establecimiento de salud. Dichos establecimientos se complementan con el Establecimiento de Salud Estratégico para brindar servicios de salud a la población de un determinado ámbito geográfico y se encuentren articulados territorialmente a través de una red vial y funcionalmente, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia, mediante el cual derivan y reciben pacientes. Estos PIP deben incluir el análisis detallado de la situación actual y esperada de cada uno de los establecimientos intervenidos.

B.3 Para la elaboración de los estudios de preinversión, el MINSA a través de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto – OGPP, entregará a las Unidades Formuladoras la siguiente información:

a) Necesidades de inversión de los establecimientos estratégicos, información referencial, resultado del proceso señalado en el ítem A.2.

b) Cuadro de doble entrada donde se precise, para cada Establecimiento de Salud Estratégico, la cartera de servicios de salud referencial y las poblaciones que se indican a continuación:

- **P1:** Población asignada al Establecimiento de Salud Estratégico que recibe prestaciones preventivo-promocionales de interés público y otras recuperativas de alto volumen.

- **P2:** Población referencial para atención no quirúrgica de mediana complejidad en un radio de 2 horas al Establecimiento de Salud Estratégico y de la mayor concentración poblacional.

- **P3:** Población referencial para atención quirúrgica de mediana complejidad en un radio de 4 horas al Establecimiento de Salud Estratégico y de la mayor concentración poblacional. Sobre la base de esta información se realizará las estimaciones de demanda y el análisis de las brechas en relación a los servicios existentes.

c) Cartera de servicios para establecimientos de salud (comprende I-1 a II-1, II-E).

d) Procedimientos médicos por servicios y servicios con población diferenciada. Estos criterios permitirán estimar las atenciones de los servicios.

e) Criterios de distribución de ambientes de UPSS³ para establecimientos de salud (comprende I-1 a II-1, IIE). Con estos criterios se definirá la cartera de servicios requerida.

f) Estándares de producción de ambientes de UPSS para establecimientos de salud (comprende I-1 a II-1, IIE). Estos estándares se utilizarán para definir el número de ambientes de UPSS, sobre la base de la proyección de la demanda.

g) Metodología para el cálculo de brechas de recursos humanos asistenciales para los servicios de salud del primer nivel de atención.

h) Metodología para el cálculo de brechas de recursos humanos asistenciales para los servicios de salud del segundo nivel de atención.

i) Cartera de ambientes de UPSS, UPS⁴. Parámetros de infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud (comprende I-1 a II-1, II-E). Con esta información se elaborará el planteamiento técnico de infraestructura y equipamiento.

B.4 La información indicada anteriormente es de responsabilidad del Ministerio de Salud, como ente rector del sector Salud, por lo que las consultas que hubieren acerca de su contenido y a su aplicación deben ser canalizadas a dicho Ministerio, a través de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto – OGPP del MINSA.

B.5 Las Unidades Formuladoras coordinarán las características y especificaciones técnicas, así como los costos de inversión de la infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud Estratégicos a intervenir, con la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento – DGIEM del Ministerio de Salud.

B.6 La declaración de viabilidad de estos PIP se obtendrá con un solo nivel de estudio, siempre que éste haya sido desarrollado de acuerdo a los presentes contenidos y cuenten con la opinión favorable de la Oficina de Programación e Inversiones del Ministerio de Salud – OPI Salud, independientemente de que la Unidad Formuladora pertenezca a una entidad del nivel nacional, regional o local. Asimismo, los PIP que contemplen intervenciones en Establecimientos de Salud Estratégicos que se encuentren en formulación requerirán para su declaración de viabilidad de la opinión favorable de la OPI Salud.

Para tal efecto, la OPI Salud coordinará con la Dirección General de Salud de las Personas – DGSP, Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento – DGIEM, Dirección General de Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos – DGGDRH a fin de contar con su opinión, en los temas de su competencia, respecto al planteamiento técnico de los PIP. Dichas dependencias participarán principalmente, en la revisión de los aspectos señalados en el Anexo adjunto a los contenidos mínimos.

C. INFORMACIÓN PARA ELABORAR ESTUDIOS DE PREINVERSIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO FORMULADOR

C.1 La elaboración del estudio de preinversión se basará en la información proporcionada por el MINSA, así como en la información proporcionada por la DIRESA y los Establecimientos de Salud (EE.SS.) del ámbito de intervención, últimas publicaciones de fuentes oficiales como INEI, ENAHO, y también información primaria obtenida en trabajo de campo, según se detalla en los presentes contenidos mínimos. En todos los casos es indispensable que se precise la fuente de información, nombre de documento y fecha.

C.2 La elaboración de este estudio estará a cargo de un equipo profesional multidisciplinario ad-hoc a las características y particularidades de cada PIP, con experiencia en formulación de proyectos de inversión en salud, que incluya las especialidades de arquitectura, ingeniería, medicina, economía y administración de servicios de salud (centros de salud y hospitales, según sea el caso).

D. CONTENIDOS MÍNIMOS ESPECÍFICOS

RESUMEN EJECUTIVO

Constituirá una síntesis del estudio de preinversión que contemple los siguientes temas:

a) Información general

Consignar el nombre del PIP con el que será registrado en el Banco de Proyectos.

Señalar su ubicación, acompañando mapas.

Señalar la UF y la UE propuesta

1 Definiciones operativas, ítem 6.1.8. R.M. N° 983-2012/MINSA.

2 Definiciones operativas, ítem 6.1.16. R.M. N° 983-2012/MINSA. Red de servicios de salud. Conjunto de establecimientos de salud de distinta capacidad resolutive y de diferentes niveles de complejidad interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcionalmente, cuya complementariedad de servicios asegura el uso eficiente de recursos y la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, ubicado en un determinado espacio geográfico.

3 Definiciones operativas, ítem 6.1.18. R.M. N° 983-2012/MINSA. Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS). Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su complejidad.

4 Definiciones operativas, ítem 6.1.17. R.M. N° 983-2012/MINSA. Unidad Productora de Servicios (UPS). Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su complejidad.

b) Planteamiento del proyecto

Especificar el objetivo central, los medios fundamentales o componentes y las acciones. Señalar las alternativas que han sido evaluadas.

c) Determinación de la brecha oferta y demanda de los bienes o servicios que se proveerán en la fase de post inversión.

Presentar tabla con las proyecciones de la demanda en la situación con proyecto y la oferta en la situación optimizada y la brecha.

Brevemente señalar los supuestos y parámetros utilizados en la estimación de la población demandante, de la demanda y de la oferta.

d) Análisis técnico del PIP

Señalar los resultados del análisis de localización, tamaño y tecnología; precisar las principales metas a lograrse en la fase de inversión⁵.

e) Costos del PIP

Presentar cronograma de costos de inversión a precios de mercado organizado por componentes del PIP (medios fundamentales) y costos de operación y mantenimiento. De corresponder, precisar los costos de gestión del PIP, de las medidas de reducción de riesgos de desastres y de mitigación de los impactos ambientales.

f) Evaluación Social

Beneficios: describir los beneficios sociales que generará el PIP. Presentar el flujo, señalando brevemente los supuestos y parámetros con los que se han estimado.

Costos: Presentar el flujo, señalando los supuestos y parámetros con los que se han estimado.

Indicadores de rentabilidad social: presentar los indicadores y resultados del análisis de sensibilidad.

g) Sostenibilidad del PIP

Señalar brevemente las medidas que se han adoptado en relación con la disponibilidad de recursos para cubrir los costos de operación y mantenimiento, el cumplimiento de los arreglos institucionales, la participación de los usuarios, el uso de los servicios, la gestión de riesgos de desastres y la gestión ambiental.

h) Impacto ambiental

Señalar los principales impactos negativos que el PIP puede generar en la fase de inversión y en la fase de post inversión, así como las medidas de mitigación y control que se implementarán.

i) Organización y Gestión

Describir brevemente la organización que se adoptará para la ejecución, operación y mantenimiento del PIP. Señalar las entidades y/o los órganos que serán responsables de la ejecución del PIP o de sus componentes, así como de la operación y mantenimiento.

j) Plan de Implementación

Presentar el cronograma de actividades, señalando responsables y recursos asignados a su ejecución.

k) Marco Lógico

Presentar el marco lógico considerando el fin, el propósito y los componentes, con los correspondientes indicadores, medios de verificación y supuestos.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Nombre del Proyecto y localización

El nombre del Proyecto debe permitir identificar la naturaleza⁶ y el objeto⁷ de la intervención, así como la localización geográfica.

1.2. Institucionalidad

Identificación de la Unidad Formuladora y sustento de la Unidad Ejecutora propuesta, y de ser el caso, de el o los órgano(s) de la Entidad que estará(n) a cargo de los aspectos técnicos del PIP en la fase de ejecución.

1.3. Marco de referencia

Presentar antecedentes⁸ e hitos⁹ relevantes del PIP.

Detallar los lineamientos de política, objetivos, normas, etc. en los que se enmarca el PIP. Incluir en forma concreta los resultados obtenidos en el análisis de la red funcional a la que pertenece el Establecimiento de Salud Estratégicos objeto del PIP. Anexar documento del MINSA/ Gobierno Regional que contiene: i) Proceso, metodología y resultados de la selección de establecimientos estratégicos; y ii) Proceso, metodología y resultados de la identificación de necesidades de inversión en dichos establecimientos, las proyecciones de población, cartera de servicios y flujos de referencia para los mismos.

2. IDENTIFICACION

2.1. Diagnóstico de la situación actual¹⁰

a) Área de influencia

- **Definición del área de influencia:** Es aquella donde está la población¹¹ que requiere atención de salud¹² y comprende el conjunto de establecimientos de salud de distinta capacidad resolutoria y de diferentes niveles de complejidad, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcionalmente y que ubicados en un determinado espacio geográfico, que se complementan para atender a dicha población.

- **Mapa del área de influencia:** Indicando los límites geográficos, principales vías de acceso, establecimientos de salud estratégicos y establecimientos de salud que envían referencias a los establecimientos estratégicos, distancias y tiempos promedio de acceso de los diferentes grupos de población a dichos establecimientos, teniendo en cuenta que la DIRESA/DISA asigna población a cada establecimiento. Identificar a los establecimientos que incluyen servicios que también se brindan o se brindarían en los Establecimientos de Salud Estratégicos.

- **Diagnóstico del área de influencia:** En este análisis considerar los siguientes aspectos:

- Perfil epidemiológico de la población del ámbito de influencia.

5 Servicios a instalar, ampliar y/o mejorar, N° de UPSS a implementar, etc.

6 Instalación, mejoramiento, ampliación y/o recuperación.

7 Establecimiento de Salud Estratégico y/o servicios de salud del EESS en los que interviene el PIP.

8 PIP ejecutados en los últimos tres años, en ejecución, viables y en formulación en servicios y/o establecimientos de salud del ámbito de influencia del PIP. Si existieran PIP viables o en formulación se debe evaluar que no exista duplicidad o fraccionamiento.

9 Documentos que consignen prioridades, acuerdos y definiciones técnicas a cargo de las autoridades involucradas (resoluciones, actas, informes, etc.).

- Características demográficas y socioeconómicas de la población.
- Características climáticas.
- Condiciones de accesibilidad de la población a los servicios de salud.
- Localización del establecimiento de salud y características del terreno¹³. Incluye la evaluación de la ubicación actual y del nivel de cumplimiento de estándares mínimos de seguridad, aprobados mediante R.M. N° 355-2005/MINSA.
- Perspectivas de modificación de los corredores viales que articulan los servicios de salud, para lo cual podría considerarse la cartera de intervenciones del sector transporte en vías de integración.
- Disponibilidad de servicios básicos (agua, saneamiento, energía, telecomunicaciones) en el ámbito de influencia y en los servicios de salud.
- Identificar los peligros que pueden impactar sobre los servicios de salud, así como las condiciones de vulnerabilidad que los pudieran afectar, considerar situaciones de riesgo de desastres o de contaminación ambiental.

- **Cuadro de distancias y tiempos:** Entre los EE.SS. de la Red de Servicios de Salud¹⁴.

- **Organización de servicios de salud:** Analizar las limitaciones de la organización actual de los establecimientos de salud del área de influencia en el marco de la microrred o red a la que pertenecen, que se deberían superar con la ejecución del PIP. Sustentar el nivel de servicio requerido (complejidad, capacidad resolutive, cartera de servicios¹⁵) del Establecimiento de Salud Estratégico objeto del PIP, e identificar los establecimientos de salud que cuenten con servicios similares a los que intervendrá el proyecto que se encuentren en el ámbito del mismo. Precisar los cambios en dicha organización que la Diresa/DISA realizaría en la fase ex post.

- **Sistema de referencia y contrarreferencia:**

Analizar las limitaciones para su funcionamiento (vías de comunicación, unidades móviles, recursos humanos para el transporte asistido, equipos de comunicación, equipamiento de unidades móviles, etc.).

b) EESS en el área de influencia que proveen servicios similares a los que son objeto del PIP:

- **Diagnóstico del Establecimiento de Salud Estratégico:**

Consignar la cartera de servicios y el nivel de complejidad actual. El diagnóstico debe permitir identificar las restricciones que están impidiendo que se provea los servicios proyectados en la cantidad demandada y con los estándares de calidad establecidos, así como las posibilidades reales de optimizar la oferta. Para ello se analizará la situación actual de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, teniendo presente las normas y estándares técnicos pertinentes¹⁶; así mismo, se efectuará el análisis de vulnerabilidad frente a los peligros identificados en el diagnóstico del área de influencia y los impactos ambientales. Este análisis deberá estar sustentado en base a la información complementaria que se detalla en el ítem c) del numeral 5 (Anexos) de los presentes contenidos.

- **Identificación de servicios de salud recuperativos similares a los que proveerá el Establecimiento de Salud Estratégico existentes en otros establecimientos de salud:** Ello a fin de evitar sobredimensionamiento o duplicidad de intervenciones, diferenciando la población que debe acudir a estos servicios, la cual no debe ser considerada en la demanda de los servicios similares intervenidos con el PIP. Para tal fin, incluir el análisis de la información estadística de los últimos tres años de la producción de servicios de salud recuperativos similares a los que proveerá el Establecimiento de Salud Estratégico. Analizar tendencia y distribución de la demanda a estos servicios, respecto a su capacidad instalada y determinar su nivel de utilización.

c) Los involucrados en el PIP:

Identificar los grupos sociales involucrados en el proyecto, así como las entidades que apoyarían en su ejecución y posterior operación y mantenimiento; analizar sus percepciones sobre el problema, sus expectativas e intereses, así como su participación en el ciclo del proyecto. Incluir Matriz resumen.

Especial atención tendrá el diagnóstico de la población afectada por el problema, dado que sobre esta base: (i) se planteará el problema central; (ii) se efectuará el análisis de la demanda (iii) se definirá las estrategias de provisión de los bienes y servicios.

De acuerdo con la tipología del PIP, considerar, entre otros, los enfoques de género, interculturalidad, estilos de vida, costumbres, patrones culturales, condiciones especiales como discapacidad, situaciones de riesgo de desastres o de contaminación ambiental.

Igualmente, es importante que se analice los grupos que pueden ser afectados con la ejecución del PIP; sobre esta base se plantearán las medidas para reducir el riesgo de conflictos sociales con tales grupos.

2.2. Definición del problema, sus causas y efectos

Especificar con precisión el problema central identificado, el mismo que será planteado sobre la base del diagnóstico de involucrados. Analizar y determinar las principales causas que lo generan, así como los efectos que éste ocasiona, sustentándolos con evidencias proveniente del diagnóstico realizado; de ser el caso, incluir los resultados del análisis de vulnerabilidad. Sistematizar el análisis en el árbol de causas-problema-efectos.

2.3. Planteamiento del proyecto

Especificar el objetivo central o propósito del proyecto, así como los objetivos específicos o medios (de primer orden y fundamentales), los cuales deben reflejar los cambios que se espera lograr con las intervenciones previstas. Sistematizar el análisis en el árbol de medios objetivo-fines.

Plantear las alternativas de solución del problema, sobre la base del análisis de las acciones que concretarán los medios fundamentales. Éstas deberán tener relación con el objetivo central, ser técnicamente posibles y pertinentes y ser comparables. Se precisará el marco teórico o estudios utilizados como referencia, que sustentan su planteamiento como solución al problema identificado.

3. FORMULACION Y EVALUACION

3.1. Definición del horizonte de evaluación del proyecto

Comprende el período de ejecución del proyecto (fase de inversión) más el período de generación de beneficios (fase ex post). Se debe tener en cuenta el período de desfase entre la preinversión y el inicio de la fase de inversión. En el caso de los servicios de salud, teniendo en cuenta la vida útil de sus instalaciones, se recomienda considerar un período de 15 años, como horizonte de evaluación (incluye fase de inversión y postinversión).

3.2. Determinación de la brecha oferta - demanda

a) Estimar la población demandante y la demanda de los servicios de salud que se proveerán en la fase de post-inversión en cada uno de los establecimientos intervenidos. Se sustentarán los parámetros utilizados para la estimación de la población demandante potencial

10 Se incluirá información cuantitativa, cualitativa, material gráfico, fotográfico, entre otros, que sustente el análisis, interpretación y medición de la situación actual, los factores que la explican y las tendencias a futuro.

11 Tipos de población (P1, P2 y P3).

12 Atención de salud en: a) Servicios preventivo promocionales, b) servicios de atención no quirúrgica; y c) servicios de atención quirúrgica.

13 Las características de tamaño deben estar sustentadas en los documentos de saneamiento físico legal y los resultados del levantamiento topográfico, mientras que las características del terreno deberá estar sustentado en el estudio de suelos, el cual se debe realizar teniendo en cuenta lo señalado en la Norma E 050 del Reglamento Nacional de Edificaciones.

14 Definiciones Operativas, ítem 6.1.16

15 La identificación de los nuevos servicios de salud debe ser coherente con la cartera de servicios de salud señalada en el cuadro de doble entrada que la OGPP del MINSA entregará a la Unidad Formuladora.

16 Los estándares de producción de ambientes de UPSS para establecimientos de salud, serán proporcionados por el MINSA.

y de la población demandante efectiva, así como para la estimación de la demanda de los diferentes servicios de salud. La proyección de la población se realizará teniendo en cuenta el período comprendido entre la fase de preinversión y la fase de ejecución del PIP, así como el horizonte de evaluación.

b) Estimar la oferta actual y, de ser el caso, la oferta optimizada en función a las capacidades de los factores de producción¹⁷.

c) Determinar brecha (de atenciones según cartera de servicios) a lo largo del horizonte de evaluación del proyecto, sobre la base de la comparación de la demanda efectiva proyectada (en la situación sin proyecto o con proyecto, según corresponda) y la oferta optimizada o la oferta actual cuando no haya sido posible optimizarla.

3.3. Análisis técnico de las alternativas propuestas

Para cada Establecimiento de Salud, efectuar el análisis de la localización, tecnología de producción o de construcción, tamaño óptimo, etapas de construcción y operación, organización y gestión, entre otros. Para este análisis se deberá considerar los factores que inciden en la selección de dichas variables y los establecidos en las normas técnicas emitidas por el MINSA, incluyendo las relacionadas con el riesgo de desastres y los impactos ambientales.

a) **La localización** del Establecimiento de Salud Estratégico debe permitir el acceso a la mayor cantidad de la población demandante de los servicios que provee, en el tiempo¹⁸ definido por la autoridad de salud como óptimo. El análisis de localización debe considerar el tipo de suelo, características de la topografía del terreno, facilidades de acceso, peligros existentes, dimensiones ambientales que podrían afectarse, entre otras consideraciones que señala la R.M. N° 335-2005/MINSA .

b) **El tamaño** determinado a partir de la brecha oferta-demanda y del análisis de otros factores como la disponibilidad de recurso humano¹⁹. Precisar las obras complementarias (ej. cerco perimétrico, muros de contención, etc.) que se requieran y, de ser el caso, la implementación modular del proyecto, de manera que se vaya adecuando gradualmente a la demanda; así como, el equipamiento progresivo, acorde a la disponibilidad de recursos humanos para la operación de los mismos. Es necesario: (i) establecer las metas concretas de los productos²⁰ que se generarán, incluyendo las relacionadas con la gestión del riesgo de desastres y la mitigación de los impactos ambientales negativos; (ii) estimar los recursos que se utilizarán en la fase de inversión y para la operación y mantenimiento. El dimensionamiento de la alternativa propuesta deberá estar sustentado en base a la información complementaria que se detalla en el ítem d) del numeral 5 (Anexos) del presente documento.

c) **La tecnología** de la construcción y del equipamiento a implementar en la fase de inversión debe ser acorde a lo señalado en la normatividad del sector Salud.

3.4. Costos a precios de mercado:

Estimar los costos de inversión para la ejecución de las alternativas propuestas, sobre la base de los requerimientos de recursos definidos en el numeral anterior y la aplicación de costos²¹ de infraestructura y de equipamiento, incluyendo los costos variables, considerando la ubicación del PIP. Precisar todos los gastos en que se tenga que incurrir en la fase de inversión²², costos de elaboración de expediente técnico, costos de las medidas de reducción de riesgos y de mitigación de los impactos ambientales negativos, costos de supervisión, liquidación y demás costos de gestión del proyecto.

17 En el caso de infraestructura, tener en cuenta los estándares de producción de ambientes de UPSS para establecimientos de salud, a ser proporcionados por el MINSA.

18 Dos horas para la atención no quirúrgica y de cuatro horas para la atención quirúrgica.

19 Considerar documento de metodología para el cálculo de brechas de recursos humanos asistenciales para los servicios de salud del primer nivel de atención y del segundo nivel de atención. Elaborado por la DGGDRH del MINSA.

20 Unidades de Producción de Servicios de Salud (UPSS) a implementar, por ejemplo: N° de consultorios, N° de camas de hospitalización, N° de salas de operaciones, etc., los cuales se reflejarán en el Programa médico arquitectónico, en el programa de equipamiento y en los planos de distribución con el análisis funcional de los servicios.

21 Sobre la base de los costos referenciales de infraestructura y equipamiento que señale la DGIEM del MINSA.

22 Considerar los costos del EIA que corresponda, plan de contingencia, etc.

23 Consultar el Anexo SNIP 10 Parámetros para Evaluación. Página 5

Estimar los costos de operación y mantenimiento incrementales sobre la base de la comparación de los costos en la situación “sin proyecto” y en la situación “con proyecto”. Describir los supuestos y parámetros utilizados y presentar los flujos de costos incrementales a precios de mercado.

3.5. Evaluación Social

a) Elaborar los flujos de beneficios sociales incrementales, sobre la base de la comparación de la situación “sin proyecto” y la situación “con proyecto”. Los beneficios²³ guardarán coherencia con los fines del PIP y con la gestión del riesgo de desastres.

b) Elaborar los flujos de costos sociales incrementales sobre la base de la comparación de la situación “sin proyecto” y la situación “con proyecto”²⁴, incluyendo los costos sociales asociados con el riesgo de desastres y los impactos ambientales. Utilizar los factores de corrección publicados en el Anexo SNIP 10.

c) Estimar los indicadores (costo incremental por beneficiario o atendido) de rentabilidad social del Proyecto de acuerdo con la metodología costo efectividad o costo eficacia.

d) Efectuar el análisis de sensibilidad para: (i) determinar cuáles son las variables cuyas variaciones pueden afectar la rentabilidad social del proyecto o la selección de alternativas; (ii) definir los límites de variación de dichas variables que afectarían la rentabilidad social o la selección de alternativas.

3.6. Análisis de sostenibilidad

Analizar aquellos factores que pueden poner en riesgo la sostenibilidad del proyecto, entre éstos, la no disponibilidad oportuna de recursos para la operación y mantenimiento, la inadecuada capacidad de gestión del operador, conflictos sociales, el no uso de los productos o servicios, los riesgos de desastres. Especificar las medidas que se están adoptando para mitigarlos.

3.7. Impacto ambiental

Considerar lo dispuesto en la Directiva para la concordancia entre el SEIA y el SNIP aprobada con R.M. N° 052-2012-MINAM²⁵.

3.8. Plan de Implementación

Detallar la programación de las actividades previstas para el logro de las metas del proyecto, indicando secuencia y ruta crítica, duración, responsables y recursos necesarios²⁶. Incluir las condiciones previas relevantes para garantizar el inicio oportuno y adecuado de la ejecución. Señalar la modalidad de ejecución del PIP sustentando los criterios aplicados.

3.9. Organización y Gestión

Plantear la organización y gestión para la fase de ejecución del PIP y la operación y mantenimiento. Establecer la dependencia responsable de conducir y monitorear la ejecución del proyecto y la dependencia responsable de la operación de los servicios de salud implementados.

3.10. Matriz de marco lógico para la alternativa seleccionada

Se presentará la matriz del marco lógico de la alternativa seleccionada, en la que se deberán consignar los indicadores relevantes²⁷ y sus valores actuales y esperados, a efectos del seguimiento y evaluación ex post.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Señalar la alternativa seleccionada explicitando los criterios que se han considerado. Recomendar las siguientes acciones a realizar en relación al ciclo de proyecto.

5. ANEXOS

Incluir como anexos la información que sustente o detalle algunos de los temas analizados en el estudio de preinversión.

a) Información sustentatoria del marco de referencia y participación de involucrados

- Acta de acuerdos del Taller de identificación de Establecimientos de Salud Estratégicos en el marco de las redes de servicios de salud.
- Cartera de servicios referencial por establecimiento de salud, resultado del cuadro de doble entrada, entregado por la OGPP del MINSA.

b) **Mapa donde se delimita área de influencia de la Red de Servicios de Salud**, identificando los establecimientos de salud de distinta capacidad resolutoria y de diferentes niveles de complejidad, interrelacionados por una red vial y corredores sociales.

c) **Anexos correspondientes al diagnóstico del Establecimiento de Salud Estratégico**. Los documentos que se detallan a continuación deben ser elaborados y suscritos por los especialistas²⁸ respectivos.

- Documentos que acrediten título de propiedad u otro documento que respalde el saneamiento físico legal, caso contrario que revelen que el saneamiento está en curso.
- Planos de levantamiento topográfico, concordante con los documentos del título de propiedad (u otro documento que respalde el saneamiento físico legal), el cual permita identificar desniveles del terreno.
- Estudio de suelos, con resultados de laboratorio que permitan conocer la carga portante de los suelos y presencia de nivel freático, en caso lo hubiera.
- Informe de evaluación arquitectónica funcional (incluye análisis de flujos de pacientes, personal, etc.) de los servicios que presta el establecimiento de salud. En Establecimientos de Salud Estratégicos que contengan cartera de servicios hospitalaria realizar la evaluación desde la óptica de Hospitales Seguros²⁹.
- Informe de evaluación estructural³⁰ que sustente la propuesta de intervención³¹. En caso, se proponga la reubicación o demolición total del establecimiento de salud por motivos de vulnerabilidad, adicionalmente debe adjuntarse el informe de defensa civil.
- En el caso de Establecimientos de Salud Estratégicos que contengan cartera de servicios hospitalaria, además deberá incluir la evaluación de las instalaciones sanitarias, instalaciones eléctricas, instalaciones mecánicas y del cableado estructurado.
- Informe de evaluación³² del equipamiento existente, que permitan identificar la brecha de equipamiento, esta evaluación tomará como base el inventario del establecimiento y será validada en campo.

24 Considerar que hay costos sociales que no están incluidos en los flujos de costos a precios de mercado

25 http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=945&Itemid=100900&lang=es

26 La Unidad Formuladora coordinará con la OGPP y la DGGDRH del MINSA las estrategias para superar la brecha de recursos humanos estimada y el período en que se implementará. La programación de la adquisición del equipamiento debe ser coherente con la disponibilidad de recursos humanos a cargo de su operación.

27 Consultar la lista de indicadores incluidos en las Pautas Generales para la Evaluación Ex-post publicadas en http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2832&Itemid=100273&lang=es

28 En el diagnóstico de la infraestructura del primer nivel de atención participarán especialistas en: 1) Infraestructura de Salud: responsable del análisis físico funcional de las instalaciones (incluye la evaluación de las instalaciones sanitarias y eléctricas cuando la situación lo requiera); 2) Evaluación Estructural: responsable de la evaluación estructural de las instalaciones físicas y la recomendación del tipo de intervención; 3) Equipamiento de Servicios de Salud: responsable de la evaluación del equipamiento existente e identificación del equipamiento recuperable; 4) Diagnóstico Ambiental: responsable del diagnóstico ambiental y el manejo de los residuos sólidos. En el diagnóstico de la infraestructura del segundo nivel de atención participarán adicionalmente especialistas en: 5) Instalaciones mecánicas: responsable de la evaluación de las instalaciones especiales o mecánicas; 6) Instalaciones Sanitarias: responsable de la evaluación de las instalaciones sanitarias; 7) Instalaciones eléctricas: responsable de la evaluación de las instalaciones eléctricas y cableado estructurado.

29 http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/estudios_documentos/documentos/hs_frente_desastres/guias_pdfs/indice.pdf

30 El informe de evaluación estructural, tendrá como sustento las pruebas de diamantina y análisis de suelos.

31 Los tipos de intervención pueden ser: Demolición total o parcial, rehabilitación, remodelación, reforzamiento, ampliación, reubicación y/o construcción.

32 Elaborado por el especialista en equipamiento

- Análisis de vulnerabilidad ante riesgos de desastres, a partir de lo indicado en el documento aprobado mediante R.M. N° 335-2005/MINSA, del terreno donde se desarrollará el PIP.

d) Anexos del Planteamiento Técnico de la Alternativa

- Programa médico y arquitectónico, con opinión favorable de la DIRESA/DISA y acompañamiento técnico del MINSA (instancias correspondientes).
- Memoria descriptiva y anteproyecto de arquitectura33, concordante con el programa arquitectónico, con opinión favorable del MINSA (instancias correspondientes). Señalar los puntos de suministro de energía eléctrica y de agua potable y documentos de factibilidad de servicios.
- En el caso de Establecimientos de Salud Estratégicos que contengan cartera de servicios hospitalaria, memorias y anteproyectos (a nivel de diseños generales) de especialidades: arquitectura, estructuras, instalaciones eléctricas y sanitarias.

e) Anexos: sustento de costos de inversión y costos incrementales de RR.HH.

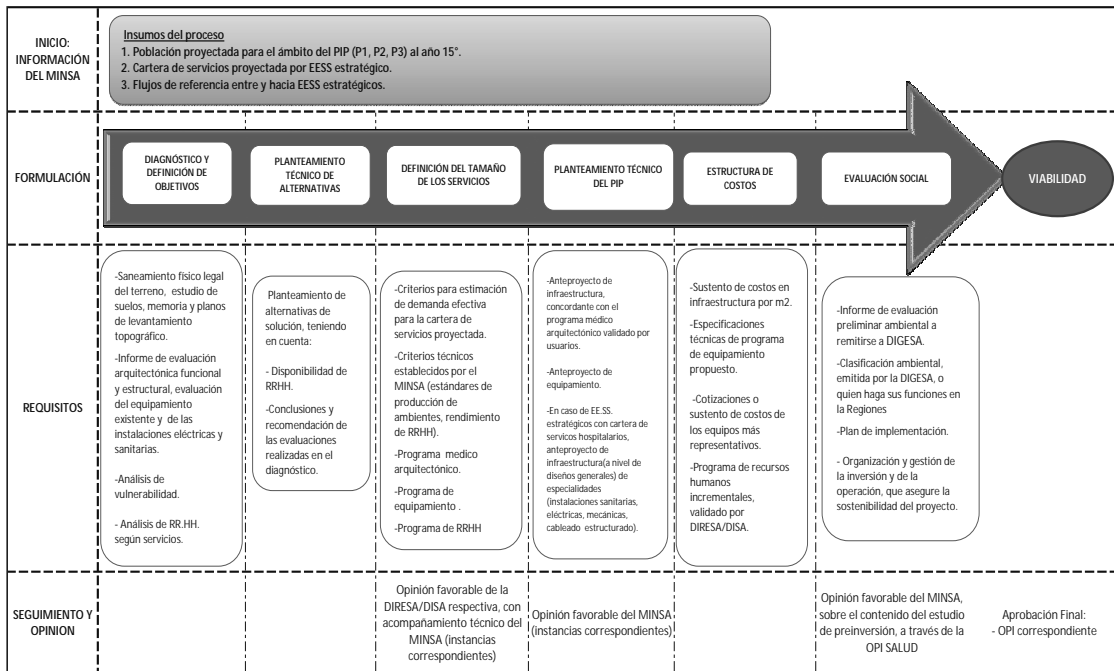
- Especificaciones técnicas del programa de equipamiento propuesto
- Cotizaciones de costos de los equipos más representativos.
- Programa de recursos humanos incrementales, con opinión favorable de la DIRESA/DISA y la Dirección General de Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos - DGGDRH del MINSA.

f) Anexos correspondientes a Impacto Ambiental

Clasificación ambiental, emitida por la DIGESA.

33 Incluye desarrollo de planos de ubicación, plantas de distribución y cortes que permitan apreciar detalles.V

ANEXO: SECUENCIA DE FORMULACIÓN DEL PIP Y PARTICIPACIÓN DE DEPENDENCIAS DEL MINSA



“LINEAMIENTOS DE INVERSIÓN PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL”

I. ANTECEDENTES

1.1 Una de las prioridades¹ nacionales es erradicar la desnutrición crónica infantil al 2021. Para contribuir a esta meta, el Ministerio de Economía y Finanzas en coordinación con el Ministerio de Salud y los sectores involucrados, diseñó el Programa Estratégico Articulado Nutricional², el cual plantea reducir la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, a través de un conjunto articulado de intervenciones que involucran inversión pública y gasto corriente.

1.2 El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) ejerce la rectoría de las políticas de desarrollo e inclusión social a nivel intergubernamental, en el marco del proceso de descentralización y en el ámbito de su competencia. En ese contexto, mediante Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS³, se aprobaron los “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social” (en adelante “Lineamientos del MIDIS”).

1.3 El Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Política de Inversiones (DGPI), es la más alta autoridad técnica normativa del Sistema Nacional de Inversión Pública. La DGPI dicta las normas técnicas, métodos y procedimientos que rigen los Proyectos de Inversión Pública, y en el marco de sus competencias ha elaborado los presentes lineamientos que incluyen orientaciones sobre los principales aspectos que se deben tener en cuenta para planificar, priorizar y formular Proyectos y/o Programas de Inversión Pública que contribuyan a reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años, en consecuencia, las referencias a proyectos de inversión pública (PIP), son también aplicables a los Programas de Inversión, cuando dicho instrumento pueda ser aplicado.

II. CRITERIOS PARA PLANIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE INVERSIONES

2.1 Los PIP que se planteen deben estar priorizados en los planes de inversión regional y local, respectivamente.

2.2 El planteamiento de estos proyectos se debe realizar sobre la base del análisis de los factores que generan el problema y considerando las intervenciones que hayan demostrado ser efectivas⁴ para la solución del mismo. La evidencia internacional indica que la desnutrición crónica infantil (DCI) es resultado de múltiples factores, tales como: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, bajo peso al nacer, acceso a agua y saneamiento, entre otros; todos ellos asociados generalmente a la pobreza de la familia y su bajo nivel educativo.

2.3 Para la planificación y priorización de los PIP orientados a la reducción de la desnutrición crónica infantil es necesario tener en cuenta, fundamentalmente, la siguiente información:

- Indicadores de desnutrición crónica infantil.
- Indicadores de pobreza⁵.
- Población según grupos de edad.
- Acceso a servicios de agua y saneamiento.

2.4 El ámbito de influencia de los PIP orientados a reducir la DCI puede incluir a distritos listados en el Anexo I de los Lineamientos del MIDIS⁶ que se encuentren en el ámbito geográfico de competencia de la entidad responsable de su formulación, los cuales pueden ser seleccionados combinando los criterios señalados en dichos lineamientos, considerando además otros factores que afectan la eficacia, eficiencia y sostenibilidad en la gestión de los PIP. Los criterios señalados en los Lineamientos del MIDIS son los siguientes:

1 Plan Bicentenario al 2021, aprobado por el Acuerdo Nacional en marzo de 2011.

2 Ver diseño conceptual del Programa Articulado Nutricional en el siguiente Link:
http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/programa_estart/Programas_Estrategicos_Articulado_Nutricional_Programa_Articulado_Nutricional.pdf

3 Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” con fecha 25 de julio de 2012

- Tasa de desnutrición crónica infantil 20% o más.
- Nivel de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria alta y muy alta.
- Porcentaje de población en proceso de inclusión 50% y más.
- Mil y más niños con desnutrición crónica infantil.

2.5 Las inversiones que se planteen en los distritos priorizados se caracterizarán por ser:

- Universales: en el caso de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (servicios de salud, agentes comunitarios de salud). Incluye el 100% de la población objetivo.
- Focalizadas: en el caso de los servicios de agua y saneamiento.

III. RESULTADOS ESPERADOS EN LA FASE POST INVERSIÓN

3.1 Familias con prácticas saludables para el cuidado de la gestante y del niño(a) menor de 5 años.

Cuidado de la mujer: antes, durante y después del embarazo
Se prioriza las siguientes prácticas saludables⁷:

- Brindar cuidados adecuados a la mujer durante el embarazo.
- Parto atendido en un establecimiento de salud.
- Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio.
- Suplementación durante la gestación con micronutrientes.
- Promover usos de métodos de planificación familiar.
- Promover espacio inter genésico adecuado (espaciamiento entre embarazos: 24 a 36 meses).

Cuidado del niño: desde que nace hasta antes de cumplir los 5 años, siendo un período crítico desde que nace hasta los 24 meses. Se prioriza las siguientes prácticas saludables:

- Brindar cuidados adecuados al recién nacido.
- Amamantar a los lactantes por seis meses de forma exclusiva.
- Brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas y los niños, mientras se continúa con la lactancia materna hasta los 24 meses a más.
- Brindar cuidados adecuados a la niña y al niño enfermo.
- Estimulación psicoafectiva.
- Suplementación con micronutrientes (menores de tres años).
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Consumir agua segura.

3.2 Acceso de mujeres en edad fértil, gestantes, puérperas, niños(as) menores de 5 años a servicios preventivos de calidad

Los servicios preventivos son los siguientes:

- Atención Prenatal.
- Parto institucional.
- Control del recién nacido y consejería para la lactancia materna.
- Vacunación completa de acuerdo a la edad a menores de 36 meses.
- Control de crecimiento y desarrollo (CRED), que incluye evaluación de salud y nutrición, entrega de micronutrientes, estimulación del desarrollo, consejería en prácticas saludables y seguimiento con énfasis en menores de 2 años.
 - Atención de IRA y EDA a menores de 5 años.
 - Planificación familiar.
 - Sesión demostrativa de alimentación y nutrición, y lavado de manos, dirigidas a madres y cuidadores de menores de 2 años.
 - Sesiones de estimulación dirigidas a madres y cuidadores de niños menores de 3 años.

- Visitas domiciliarias programadas
- Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.

3.3 Acceso de las familias a los servicios de agua potable y saneamiento.

Las familias deben tener acceso a:

- Servicios de agua potable, que les permita contar con agua apta para el consumo humano.
- Adecuados sistemas de disposición de excretas.

IV. ESTRATEGIA PARA REDUCIR LA DCI CON INVERSIÓN PÚBLICA

4.1 Para alcanzar los resultados indicados anteriormente se requiere el planteamiento de proyectos de inversión pública de manera articulada, para lo cual se recomienda estructurar un Programa de Inversión, cuyo objetivo sea reducir la desnutrición crónica infantil en un ámbito geográfico y poblacional determinado, con un enfoque integral, territorial, multisectorial e intergubernamental.

4.2 Esta estrategia contempla en el marco de la descentralización, fortalecer el vínculo entre la comunidad, Gobierno Local, Gobierno Regional y los programas sociales existentes, bajo el liderazgo del Gobierno Regional.

4.3 En el marco de lo indicado anteriormente, se espera que líderes comunales, juntas vecinales y organizaciones sociales, participen con el Gobierno Local, Gobierno Regional y los responsables de los servicios de salud, y saneamiento en la gestión, implementación y monitoreo de las intervenciones orientadas a reducir la desnutrición crónica infantil en su ámbito.

4.4 En el diseño y en la implementación de la estrategia, se deberá tomar en cuenta, principalmente, los siguientes factores:

- Tipo de zona: rural, urbana.
- Características socio culturales de la población de los ámbitos priorizados, a fin de que las intervenciones propuestas incluyan el enfoque intercultural.
- Características socio económicas: Actividades económicas que se desarrollan y su temporalidad.
- Características demográficas: Posibilidades de expansión, migraciones y otros factores que puedan afectar el crecimiento poblacional.
- Condiciones de accesibilidad: vías de acceso, distancias y tiempos de traslado de la población a servicios de salud, seguridad de la ruta, disponibilidad de medios de transporte y tarifas.
- Características climáticas: temperatura promedio, presencia de lluvias, nieve, etc.
- Presencia de Programas Sociales, labores de asistencia, apoyo de organizaciones no gubernamentales.
- Disponibilidad de servicios básicos: saneamiento básico (agua potable, alcantarillado o disposición de excretas), energía, telecomunicaciones.
- Peligros en el ámbito de intervención y vulnerabilidad de la población, sus medios de vida o los servicios.

4 El MIDIS es el encargado de publicar y actualizar el listado de intervenciones efectivas, con base en evidencias científicas o evaluaciones rigurosas.

5 Se utilizará gradualmente la información que proporcionará la Unidad Central de Focalización del SISFOH, sobre la base de la actualización del Padrón General de Hogares. En tanto dicha información no esté disponible, se usará la información proporcionada por INEI.

6 Anexo I: Listado de distritos priorizados para la implementación de intervenciones efectivas para la reducción de la desnutrición crónica infantil de los Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social, aprobados con Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS, el cual fue rectificado mediante Resolución Ministerial N°151-2012-MIDIS.

7 Ministerio de Salud. Documento Técnico Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el cuidado infantil, aprobado mediante R.M. N° 528-2011/ MINSA. Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/RM52_-201_SA_Cuidado_Infantil.pdf

4.5 Los compromisos que asumirán los diferentes niveles de gobierno involucrados, se deberán plasmar en los respectivos arreglos inter institucionales que acuerden realizar. En dichos documentos se precisará por ejemplo, lo siguiente:

- Fase de preinversión: Unidad Formuladora, financiamiento de los estudios;
- Fase de inversión: Unidad Ejecutora, financiamiento o cofinanciamiento para la ejecución de los PIP; y
- Fase de post inversión: Entidad que asumirá los costos de operación y mantenimiento.

4.6 Asimismo, se requiere que a nivel regional, local y de centros poblados se logre la articulación de todos los actores, para lo cual se plantea lo siguiente:

i. Gobierno Regional articula esfuerzos con los Gobiernos Locales involucrados para la reducción de la desnutrición crónica infantil. Esta instancia estará a cargo de:

- Conducir las acciones pertinentes para la formulación del programa de inversión.
 - Promover compromisos de las autoridades e instituciones involucradas.
- Para las fases de preinversión, inversión y postinversión, contará con un Equipo de soporte técnico, que debe tener capacidad para:
- Realizar el diagnóstico, planificación, ejecución y monitoreo de las acciones necesarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil.
 - Brindar asistencia técnica al Equipo Facilitador Comunal, a cargo del Gobierno Local, para la implementación de las intervenciones a ejecutarse en el marco del Programa de Inversión en coordinación con las autoridades de salud, vivienda, construcción y saneamiento.

ii. Gobierno local lidera la articulación distrital.

Esta instancia estará a cargo de:

- Conducir las acciones pertinentes para lograr la articulación dentro de su ámbito y con el Gobierno Regional⁸, durante la fase de inversión y post inversión.
- Gestionar incentivos no monetarios para la participación activa de los agentes comunitarios de salud⁹.

Asimismo, en las fases de inversión y post inversión, contará con un Equipo facilitador comunal que brinde asesoría permanente a los agentes comunitarios de salud y hogares del centro poblado, en coordinación con el Gobierno Local.

El equipo facilitador comunal debe tener la capacidad de:

- Organizar el acompañamiento y asistencia técnica permanente a los agentes comunitarios de salud, así como a los hogares del centro poblado.
- Articular la labor de los agentes comunitarios de salud con la del personal de salud.
- Fortalecer y/o implementar el sistema de monitoreo comunal. Incluye lo relacionado a la prestación de los servicios de agua y saneamiento del ámbito rural.

iii. Comunidad organizada a través de la Junta Vecinal participa en la vigilancia para el mejoramiento de las prácticas de las familias para el cuidado de la madre y el niño(a) menor de 5 años y la operación y mantenimiento de los sistemas de saneamiento en el ámbito rural.

La participación de la comunidad en este aspecto es clave¹⁰ para el logro de la reducción de la desnutrición crónica infantil. Es fundamental asegurar las siguientes condiciones:

Centros de Vigilancia comunal de la salud de la madre y menores de 5 años:

- Adecuación de un espacio comunal con el equipamiento necesario para el trabajo de los agentes comunitarios de salud en coordinación con el personal de salud.
- Agentes comunitarios de salud capacitados.

En la comunidad:

- Disponibilidad de servicios de agua y saneamiento.

- Organización: para la sostenibilidad de las intervenciones propuestas.
- Cogestión: para designar los agentes comunitarios de salud que participarán en la implementación del proyecto.
- Proactividad: disposición para complementar las acciones del proyecto con recursos propios.

iv. Personal de salud brinda servicios de salud preventivos, en coordinación con los agentes comunitarios de salud y brinda asistencia técnica a los Gobiernos Locales en los temas de su competencia.

Durante las fases de inversión y post inversión, a fin de brindar los servicios de salud preventivos vinculados a la gestante y a menores de 5 años, los establecimientos de salud coordinarán con los Gobiernos Locales las acciones a realizar en el marco del Programa.

V. INVERSIÓN PÚBLICA PARA REDUCIR LA DCI

5.1 En el marco de la estrategia presentada para reducir la desnutrición crónica infantil mediante proyectos de inversión pública y de acuerdo a las necesidades identificadas en el ámbito de intervención, se deben plantear intervenciones de manera articulada, con un enfoque integral, territorial, multisectorial e intergubernamental.

5.2 Tomando como referencia la información publicada sobre las “Intervenciones Efectivas” contenida en los Lineamientos del MIDIS11, las intervenciones que pueden ser consideradas como proyectos de inversión pública, son las que se detallan a continuación:

i. Instalación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño¹². Incluye:

- Impulso a la organización y participación comunitaria: mediante el trabajo con las Juntas Vecinales o sus equivalentes, y sus agentes comunitarios de salud, con la finalidad de implementar la vigilancia comunitaria, entre otras. Incluye la capacitación de los agentes comunitarios de salud en los siguientes aspectos:

- **Educación en salud:** sesiones educativas, sesiones demostrativas de preparación de alimentos con énfasis en menores de 2 años y gestantes, sesiones de estimulación, lavado de manos, lactancia materna, vivienda saludable, entre otras.

- **Vigilancia comunitaria:** seguimiento periódico de la salud de la gestante (antes, durante y después del parto), madre que da de lactar y de los menores de 3 años.

- **Análisis de los resultados de la vigilancia:** con la finalidad de que se mejoren las prácticas saludables¹³ de las familias y la comunidad orientadas a la salud de la gestante, madre que da de lactar y de los menores de 5 años.

- **Infraestructura:** acondicionamiento de espacio físico para actividades de educación en salud, vigilancia comunitaria y análisis de resultados.

- **Equipamiento:** mobiliario, materiales para realizar sesiones educativas, kit de materiales para estimular el desarrollo infantil y materiales para la vigilancia.

ii. Mejoramiento de las capacidades del gobierno local. Incluye:

- Asesoría a los agentes comunitarios de salud, a través de un Equipo Facilitador Comunal. Este equipo facilitador debe tener capacidad para:

- Organizar el acompañamiento y asistencia técnica permanente a los agentes comunitarios de salud, así como a los hogares del centro poblado.

- Articular la labor de los agentes comunitarios de salud con la del personal de salud.

- Fortalecer y/o implementar el sistema de monitoreo comunal.

8 En caso no exista la posibilidad de contar con una propuesta regional de reducción de la desnutrición crónica infantil, las mancomunidades o gobiernos locales podrán formular un programa de inversión en su ámbito.

9 Agente comunitario de salud (promotor de salud, madres consejeras, u otros líderes), a quienes la municipalidad les brindará reconocimientos o estímulos (no monetarios) de manera periódica, para hacer sostenible las actividades de promoción y prevención. Para mayor información revisar el Documento Técnico “Preparando al Agente Comunitario de Salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de los niñas y niños menores de 5 años”, aprobado mediante R.M. N° 702-2009/MINSA, disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1024_PROM37.pdf

10 Evaluación externa del Programa “Buen Inicio”. Aarón Lechtig. 2007.

- Acondicionamiento de espacio físico y equipamiento para el desarrollo de las actividades previstas.

iii. Optimizar el acceso y uso de las familias a servicios de salud de calidad.

Puede incluir intervenciones¹⁴ orientadas a mejorar los servicios de salud¹⁵ de los establecimientos de salud, tales como: mejora de la infraestructura, equipamiento, y fortalecimiento de las capacidades del recurso humano de los servicios de salud preventivos que se encuentran definidos en el Programa Articulado Nutricional y Materno Neonatal. Entre estas intervenciones se podría considerar:

- Equipamiento de los servicios de atención prenatal.
- Implementación y/o mejoramiento de la cadena de frío, a fin de asegurar que las vacunas se conserven adecuadamente y sean efectivas.
- Equipamiento de los servicios de control de crecimiento y desarrollo, incluye consejería y estimulación del desarrollo.
- Equipamiento para sesiones demostrativas.
- Equipamiento para la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.
- Equipamiento para equipos itinerantes en atenciones preventivas (para niños y niñas menores de 05 años).
- Equipamiento para mejorar los sistemas de registro de información.
- Capacitación para el personal de salud que brinda servicios preventivos.

iv. Implementación de sistemas de agua potable y saneamiento

En el ó los distritos elegidos se analizará el acceso a servicios de agua y saneamiento de los centros poblados que los conforman, dando prioridad a los centros poblados rurales de mayor tamaño poblacional y a aquellos con mayor déficit de los servicios, lo que permitirá ordenar los centros poblados de mayor a menor, a fin de definir las intervenciones focalizadas. En ambos casos, la instalación de estos servicios deberá ir acompañada de educación sanitaria comunitaria y familiar¹⁶.

- El abastecimiento de agua potable será de acuerdo a las características propias de la localidad, pudiendo ser a través de sistemas convencionales (sistema por gravedad y/o bombeo) o sistemas no convencionales (como por ejemplo filtros mi agua, captación de agua de lluvia y bombas manuales u otras tecnologías) que permitan brindar agua apta para consumo humano.
- Las intervenciones en saneamiento serán de acuerdo a las características propias de la localidad, pudiendo ser a través de sistemas convencionales o unidades de saneamiento (tipo hoyo seco, arrastre hidráulico y composteras).

11 Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social. Anexo II: Listado de intervenciones efectivas para la reducción de la desnutrición crónica infantil.

12 Espacio en la comunidad o localidad, distinto al establecimiento de salud, en el que la comunidad organizada (autoridad comunal, agentes/ promotores de salud, madres lideresas, entre otros), con el personal de salud realizan actividades de educación en salud (tales como: sesiones demostrativas de alimentación y nutrición infantil, lactancia materna, lavado de manos y desarrollo infantil), vigilancia comunitaria, reflexión y análisis de los resultados de la vigilancia. Mayor información en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/metas/tipo_menos500_centro_promvigil_31122012.pdf

13 Las prácticas saludables que deben implementar las familias se detallan en el numeral 3.1 de estos lineamientos.

14 Las intervenciones que se planteen en los servicios de salud deben contar con la opinión favorable de la DISA o DIRESA, según corresponda.

15 Tener en cuenta los Lineamientos para las intervenciones de inversión sectorial en salud que contribuyan a disminuir la desnutrición crónica infantil (DCI) aprobados mediante R.M. N° 983-2012/MINSA.

16 Lineamientos para formulación de Programas y Proyectos de agua y saneamiento para los centros poblados del ámbito rural. Ver documento en: http://www.vivienda.gob.pe/direcciones/Documentos/RM_2011_108.pdf

17 Sólo cuando se formule un Programa de Inversión Pública.

v. Gestión del Programa de Inversión¹⁷.

Incluye una Unidad Coordinadora del Programa, que estará a cargo de la ejecución del Programa y que incluye un Equipo de soporte técnico encargado de:

- Realizar el diagnóstico, planificación, ejecución y monitoreo de las acciones necesarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil.
- Brindar asistencia técnica para la implementación de las intervenciones con Inversión Pública en coordinación con las autoridades de salud y de los gobiernos locales.

5.3 A fin de generar sinergias que potencien la efectividad de las intervenciones anteriormente indicadas, se recomienda que los Gobiernos Regionales, en el marco de sus competencias, estructuren Programas de Inversión, cuyo objetivo sea reducir la desnutrición crónica infantil en un ámbito geográfico y poblacional determinado.

5.4 No obstante, en caso no existan condiciones para realizar lo indicado anteriormente, los gobiernos locales podrían plantear PIP, en el marco de sus competencias. Sin embargo, en estos casos el grado de efectividad no sería el mismo que se alcanzaría, si dichos PIP se formularan de manera articulada en el marco de un Programa de Inversión Pública.

5.5 Para la estructuración de los PIP se recomienda tener en cuenta las intervenciones que se detallan en el numeral 5.2, considerando las siguientes precisiones:

- Las intervenciones indicadas en el literal ii) sólo se podrían plantear de manera independiente en el marco de un PIP, si es que en su ámbito de intervención ya se dispone del Centro de Promoción de Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño; y si en dicho ámbito las familias tienen acceso a servicios preventivos de calidad.
- Las intervenciones indicadas en los literales i), ii) y iii) están estrechamente vinculadas, por lo que se deben analizar de manera conjunta en el marco de un PIP.
- Las intervenciones indicadas en el literal iv) se analizan en el marco de un PIP.

VI. CONDICIONES PARA ASEGURAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES

6.1 Los Gobiernos Locales¹⁸ son responsables de llevar un registro de las familias y sus integrantes, el cual debe ser actualizado anualmente a través de sus Unidades Locales de Focalización (SISFOH).

6.2 A partir de la información anteriormente indicada, el Gobierno Local deberá contar con un padrón de niños menores a 5 años, identificándolos con el código único de identidad o DNI, en el cual se registrará su acceso a los servicios preventivos identificados en coordinación con el personal de salud de su ámbito. De igual modo, en el caso de las gestantes (padrón y acceso a servicios preventivos).

6.3 Así mismo, deberá contar con un registro anual de las familias beneficiadas con intervenciones focalizadas, en el marco de las disposiciones que la Dirección General de Gestión de Usuarios¹⁹ del MIDIS emita al respecto.

VII. CONDICIONES PARA ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD DE LAS INVERSIONES

A fin de asegurar la sostenibilidad, las entidades involucradas deben prever los recursos necesarios de gasto corriente para financiar en la fase post inversión, las actividades necesarias para la operatividad de los servicios instalados y/o mejorados, en el marco de los Programas Presupuestales Articulado Nutricional, Materno Neonatal, Agua y Saneamiento Rural. Por ejemplo, prever el financiamiento para las siguientes actividades, según el servicio instalado y/o mejorado:

7.1 Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño.

- Incentivos no monetarios para la participación activa de los agentes comunitarios de salud, a cargo del Gobierno Local.
- Acompañamiento y asistencia técnica permanente a las Juntas Vecinales y los agentes comunitarios de salud, en la fase post inversión.
- Capacitación periódica a las Juntas Vecinales y los agentes comunitarios de salud.

7.2 Servicios de salud preventivos.

- Mantenimiento del equipamiento de los servicios preventivos.
- Adquisición de vacunas, medicamentos e insumos para los servicios preventivos.
- Capacitación periódica del personal de salud.
- Financiamiento de personal de salud.

7.3 Gobierno Local lidera articulación distrital.

- Contratación del Equipo facilitador comunal.
- Adquisición de insumos y mantenimiento de equipos de oficina.
- Capacitación periódica del personal.

7.4 Servicios de agua potable y alcantarillado.

- Adquisición de insumos para el tratamiento y desinfección de agua.
- Capacitación del personal responsable de la operación.
- Mantenimiento (personal, insumos y herramientas) del sistema instalado.
- Costos de bombeo, de ser necesario.

18 Ver R.M. N° 399-2004-PCM mediante la cual se crea el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH),
Artículo 3.3 Funciones del nivel local.
19 Ver Artículo 47° Dirección General de Gestión de Usuarios del ROF del MIDIS.v