

PROGRAMA DE DESARROLLO DEL SECTOR SALUD SEGURO MATERNO-INFANTIL

(PE-0146)

RESUMEN EJECUTIVO

Prestatario:	Gobierno del Perú		
Agencia ejecutora:	Ministerio de Salud (MINSA)		
Monto y fuente:	<u>Primera fase:</u>		
	BID:	(OC)	US\$,7 millones
	Local:		US\$38 millones
	Total:		US\$125 millones
	<u>Segunda fase:</u>		
	BID		US\$50 millones
	Local:		US\$22 millones
	Total:		US\$72 millones
Términos y condiciones:	Plazo amortización:		25 años
	Período de desembolso:		3 años
	Tasa de Interés:		Variable
	Inspección y vigilancia:		1%
	Comisión de crédito:		0,75%
	Moneda:	Dólares de los Estados Unidos de la facilidad Unimonetaria	
Objetivos:	El objetivo general del programa es apoyar el proceso paulatino de modernización y reforma del sistema de salud en el Perú, a efectos de mejorar el estado de salud de la población a través de la expansión del acceso a servicios de salud efectivos, eficientes y de calidad. El programa está orientado hacia la solución de los principales problemas de salud de la población: la morbilidad y mortalidad materno-infantil.		
	Los objetivos específicos son:		
	a. Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil mediante la reducción de las barreras económicas, físicas y culturales a la utilización de los servicios materno-infantiles por las poblaciones pobres y vulnerables.		

- b. Fortalecer las acciones de salud pública, principalmente en el campo de enfermedades transmisibles y salud ambiental, y de vigilancia epidemiológica.
- c. Apoyar el desarrollo, implantación y seguimiento de políticas sectoriales que permitan focalizar el gasto público hacia grupos vulnerables e intervenciones costo-efectivas.
- d. Desarrollar nuevos modelos de organización, gestión, financiamiento y prestación de servicios orientados a incrementar la productividad y eficiencia de los recursos del sector.
- e. Desarrollar nuevas capacidades del MINSA para fortalecer su liderazgo y rectoría sectorial.

Descripción:

La reforma de salud se conceptualiza como un proceso de largo alcance, que será apoyado por el BID, el Banco Mundial y otras agencias. Para apoyar este proceso de largo plazo, que requerirá un apoyo sistemático y sostenido, el BID utilizaría la modalidad de préstamo de múltiples fases. El programa de reforma cuenta con objetivos de largo plazo bien definidos; sin embargo, las acciones necesarias para alcanzarlos son de doble alcance: por un lado, acciones concretas de corto plazo cuya experiencia de ejecución servirá para confirmar políticas; y por otro, actividades de diseño para cambios estructurales de largo plazo. El programa propuesto en este documento apoyará la primera fase de la reforma, que consiste en la implantación de un programa de atención materno-infantil destinado a reducir las barreras económicas y socioculturales que se presentan a las poblaciones pobres, denominado seguro materno-infantil (SMI) y el desarrollo de propuestas y validación de nuevas políticas y transformaciones institucionales. Una vez que se haya desembolsado el 75% de los recursos del préstamo y se hayan cumplido las metas acordadas como elementos accionadores (ver Anexo I-1), se procesará el segundo préstamo por US\$50 millones. Esta segunda fase estará concentrada en la implantación y consolidación de las nuevas políticas y la extensión de nuevas formas de organización, financiamiento, gestión y prestación de servicios. Para mantener la integralidad de las acciones de reforma, se preparó el programa como un todo, y se dividió el financiamiento de los Bancos por departamentos del país.

El programa de tres años a ser apoyado con el préstamo propuesto en este documento procura integrar necesidades impostergables de combate a la morbilidad y mortalidad materna e infantil con el diseño e implantación de estrategias de mediano y largo plazo de modernización y reforma del sector salud. La estrategia del programa está basada en utilizar el mejoramiento de los servicios materno-infantiles como el elemento dinamizador del proceso de modernización del sector. En este sentido, la mayor parte de los recursos del programa apoyarán actividades orientadas a mejorar

el acceso y calidad de servicios básicos, mediante el financiamiento del SMI y la extensión de servicios de atención relacionados. Sin embargo, para que los efectos de mejoramiento de la atención básica sean duraderos y efectivos, es necesario avanzar en el proceso de modernización del sector, a través del desarrollo de nuevas políticas de financiamiento, así como cambios institucionales y organizacionales.

De acuerdo con esta estrategia, el programa comprende tres componentes:

Mejoramiento de servicios de salud individual y colectiva (US\$98,3 millones): Este componente tiene por objetivo mejorar las condiciones de salud de la población. Se financiará: a) el SMI, una estrategia integral de financiamiento y prestación de servicios de salud que busca eliminar las barreras económicas y socioculturales a servicios de atención materno-infantil que impiden que las madres y niños de menores recursos utilicen estos servicios, promoviendo al mismo tiempo el mejoramiento de la calidad de estos servicios; b) atención a poblaciones dispersas, a través de la adaptación, en forma de pilotos, del SMI en áreas donde la densidad poblacional y el acceso físico a los servicios son extremadamente bajos; c) el fortalecimiento de acciones de salud pública, incluyendo el control de enfermedades transmisibles y la promoción de la salud ambiental, y d) inversiones en infraestructura y equipamiento para asegurar la capacidad de respuesta de los establecimientos a la implantación del SMI y otras intervenciones prioritarias. En la segunda fase se ampliará la cobertura hasta alcanzar al 100% de la población objetivo. Para entonces, el GOP habrá asumido la totalidad de los costos operativos del seguro materno-infantil.

Desarrollo de instrumentos de política (US\$2,6 millones): Este componente tiene como objetivo apoyar el diseño, implantación, evaluación y seguimiento de nuevos instrumentos de políticas que permitan focalizar el gasto público en la atención materno-infantil y otras intervenciones prioritarias y en las poblaciones más pobres y vulnerables. Se financiará asistencia técnica para: a) el desarrollo de una propuesta de nuevos mecanismos de movilización y asignación de recursos financieros que permitan asegurar la sostenibilidad, eficiencia y equidad del gasto público en intervenciones prioritarias focalizadas hacia los grupos más pobres; y b) el desarrollo de una propuesta de estrategias y mecanismos para incrementar la cobertura de trabajadores independientes con capacidad de pago a través del régimen contributivo, así como la implantación de programas piloto. Estas propuestas serán implantadas en la segunda fase del programa. Este componente también financiará el diseño e implantación de una propuesta para acciones de salud pública en el contexto de la transición epidemiológica, que cubrirán a toda población,

independiente de su capacidad de pago.

Modernización institucional (US\$4,9 millones): Este componente tiene como objetivo iniciar el proceso de modernización de las organizaciones del sector, a efectos de incrementar la productividad, eficiencia y calidad de los servicios y adecuarlas a las prioridades del sector. A través del programa se financiará: a) la reestructuración del MINSA para reforzar su liderazgo y rectoría; b) el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA, principalmente en las áreas de mortalidad materna y perinatal y de enfermedades transmisibles, y c) el proceso de transformación de los establecimientos públicos en organizaciones más flexibles y productivas, a través de la extensión de mecanismos de participación comunitaria en su gestión. La reestructuración del MINSA será ejecutada durante la segunda fase del programa. Asimismo, durante la segunda fase se profundizará en el proceso de transformación de los establecimientos públicos de salud.

Administración del programa (US\$2,7 millones): Las actividades del programa serán ejecutadas a través de los órganos de línea del MINSA y coordinadas y administradas por una unidad coordinadora cuya función será garantizar congruencia y calidad en la ejecución de las actividades antes descritas.

Relación del proyecto a la estrategia del Banco en el país y sector:

Las acciones planteadas son consistentes con la estrategia del Banco para los sectores sociales del país, que tiene como objetivos apoyar los esfuerzos del gobierno en incrementar la cobertura y establecer sistemas eficientes de prestación y financiamiento de los servicios (*Documento de País*, GN-1992-1).

Revisión social y ambiental:

El programa tendrá un impacto ambiental positivo. Las obras civiles contempladas en el programa serán principalmente dirigidas a la rehabilitación de infraestructura existente y, por lo tanto, se estima que su impacto sobre el medio ambiente será mínimo. Sin embargo, las normas para la rehabilitación de los establecimientos de salud incluyen la implantación de sistemas de manejo de residuos. Asimismo, el subcomponente de salud ambiental capacitará a comunidades en la desinfección de agua y alimentos, financiará servicios de consultoría y capacitación de gestión en salud ambiental y gestión de riesgos. El impacto social del programa se describe en la sección sobre beneficios.

Beneficios:

Impacto sanitario: Los principales beneficios del programa están asociados a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil. Una vez el SMI esté plenamente implantado a nivel nacional (al final del quinto año), el incremento en cobertura de atención a la gestante resultará en 900 muertes evitadas por año y una reducción de la mortalidad materna de 265 a 128 por cien mil nacidos vivos. A su vez, el aumento en la cobertura de niños menores de cuatro años, resultará en 23.400 muertes evitadas al año, contribuyendo a una reducción de la mortalidad en la niñez de

59 a 49 por mil nacidos vivos.

Impacto económico: Este es un programa de acciones altamente costo-efectivas, contribuyendo, de esta manera, al aumento de la eficiencia en la utilización de los recursos del sector, focalizando el gasto hacia intervenciones costo-efectivas. Además de dirigir el gasto hacia el financiamiento de servicios costo-efectivos, el proceso de reforma mejorará la eficiencia en la asignación de recursos y la eficiencia interna del sistema.

Impacto social: Además de prevenir la muerte de la mujer gestante, el programa también generará otros impactos sociales y económicos importantes. El SMI, al reducir las barreras económicas, físicas y socioculturales al servicio, prevendrá pérdidas de vida, productividad y capacidad tanto en la actual generación de madres como en la futura generación de niños.

Por sus impactos económicos y sociales y las estrategias de focalización, el proyecto creará las condiciones para una mayor equidad social tanto en la distribución progresiva del subsidio del Estado como en las estrategias de atención de servicio.

Riesgos:

Sobredemanda de servicios: La demanda generada por el SMI puede exceder la capacidad de respuesta de los servicios en zonas menos desarrolladas. Para mitigar este riesgo, el programa incluye una fase de creación de condiciones necesarias para una entrega de servicios de calidad en cada área. Asimismo, la baja productividad actual indica que existe capacidad ociosa que, en el corto plazo, puede ser habilitada para responder a la demanda.

Capacidad de ejecución: Como en todo programa de esta naturaleza, que requiere la participación de múltiples y variados actores, hay un riesgo implícito de capacidad de ejecución y coordinación. Este riesgo de capacidad de ejecución es mitigado de diferentes formas: por la expansión paulatina del SMI que dará lugar a las actividades de preparación y capacitación que deben preceder a la expansión; por el apoyo de la unidad de coordinación que construirá sobre la experiencia obtenida en la ejecución de otros proyectos con financiamiento internacional; y por el compromiso de las autoridades.

Sostenibilidad en el corto y mediano plazo: La expansión total del SMI al nivel nacional, que se completará en los cinco años siguientes al inicio de actividades del programa, implicará que a partir del año 2005 el gobierno deberá haber incrementado el gasto en servicios materno-infantiles en aproximadamente US\$74 millones anuales, que corresponde a un aumento manejable del 7,6% sobre el presupuesto público actual en salud. Por otra parte, el préstamo incluye el desarrollo de una propuesta de nuevos mecanismos de movilización y asignación de recursos para asegurar la sostenibilidad del programa a mediano plazo.

Cambios en la agenda de reforma: La ejecución del programa

empezará el último año de esta administración, lo que implica el riesgo de no contar con un apoyo político similar en el mediano plazo. Este riesgo es mínimo en relación al SMI sobre el cual hay amplio consenso y apoyo de todos los donantes internacionales. En cuanto a las otras acciones de reforma, las revisiones anuales del proyecto servirán para discutir y mantener el enfoque del programa.

Condiciones contractuales especiales:

Previas al primer desembolso:

- a. Presentación de los planes de acción para los siete departamentos cubiertos en el primer año del programa (ver párrafo 2.11).
- b. Formación y puesta en marcha de la Unidad de Seguro Materno-Infantil (ver párrafo 3.8).
- c. Formación oficial del Comité de Inversiones del Programa (FIP) y puesta en vigor de su reglamento operativo (ver párrafo 3.10).
- d. Se ha acordado el mecanismo de transferencia de recursos del financiamiento al MINSA a través de una cuenta especial en divisas (ver párrafo 3.24).

Clasificación del sector social y de la pobreza:

Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos claves para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento de Recursos (Documento AB-1704).

También esta operación califica automáticamente como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza por su apoyo a la atención primaria de salud (ver párrafo 4.8). El prestatario utilizará el 10% del financiamiento adicional.

Excepciones a las políticas del Banco:

Ninguna

Adquisiciones:

La adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios de consultoría se efectuará de conformidad con la política del Banco. Se recurrirá a una licitación internacional para adquisición de bienes y la contratación de servicios conexos por un monto superior a US\$250.000 y para las obras de construcción por un monto superior a US\$3 millones. Por debajo de estos límites, la licitación tendrá lugar de conformidad con la legislación local. Los servicios de consultoría serán contratados de conformidad con los procedimientos del Banco. Se adjunta a la presente un programa tentativo de adquisiciones.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Antecedentes

- 1.1 Hacia fines de los años ochenta, el sistema de salud pública del Perú estuvo al borde del colapso como consecuencia de la aguda crisis institucional y financiera en que se encontraba el sector público en general. Desde 1991, el gobierno ha concentrado sus esfuerzos en restaurar los niveles de financiamiento y la capacidad operativa de los servicios de salud. Con la gradual recuperación del sector público y el crecimiento del sector privado, el gobierno ha iniciado un proceso de modernización y reforma sectorial de largo plazo. La conceptualización de la reforma, así como sus aplicaciones iniciales han sido apoyadas por: el Banco, a través del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS); el Banco Mundial, a través del Programa de Salud y Nutrición Básica (PSNB); la Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), a través del Proyecto 2000; y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), a través del Proyecto de Generación de Capacidades. A partir de estos esfuerzos iniciales se han construido las propuestas de reforma, orientadas a mejorar la situación de salud de la población, principalmente a través de la reducción de la mortalidad materna e infantil.

B. El sector salud

1. Cuadro de salud del país¹

- 1.2 Las condiciones de salud en Perú mejoraron sustancialmente en las últimas décadas como resultado de campañas exitosas de inmunización y otros programas verticales. Entre 1985 y 1997, la esperanza de vida al nacer aumentó 10 años, de 58 a 68 años en promedio. La mortalidad infantil mostró la misma mejoría, bajando de 101 muertes por mil nacidos vivos en 1980 a 47,9 por mil en 1996. La tasa global de fecundidad bajó de 6,7 hijos por mujer en 1985 a 3 en 1997. Sin embargo, no todos los indicadores de salud han mejorado sustancialmente: la mortalidad materna aún alcanza la elevada cifra de 265 por cien mil nacidos vivos y la reducción de la mortalidad neonatal (primer mes de vida) ha sido sustancialmente menor que la de la mortalidad infantil.
- 1.3 Aunque las cifras mencionadas, con excepción de la mortalidad materna, corresponden al promedio latinoamericano², las tasas de mortalidad siguen muy por encima de las de países con niveles de ingreso per cápita similares, como Colombia y Costa Rica³. Perú sigue siendo uno de siete países en América Latina cuya tasa de mortalidad para niños menores de cinco años excede 55 por mil nacidos vivos; cinco de estos países (Haití, Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Honduras) tienen ingresos per cápita sustancialmente menores que el Perú. Asimismo, a pesar de la mejoría de los promedios nacionales, se observan disparidades significativas entre regiones geográficas, estratos socioeconómicos y grupos étnicos. Por ejemplo,

¹ Los indicadores de salud utilizados en el documento provienen del INEI, MINSA, OPS, CELADE y Banco Mundial.

² Los promedios para América Latina y el Caribe en 1995 eran: esperanza de vida, 68,7 años; mortalidad infantil, 45,1 por mil nacidos vivos; y tasa de fecundidad, 3,1.

³ La tasa de mortalidad materna es de 87 por cien mil nacidos vivos en Colombia y 29 por cien mil en Costa Rica. La tasa de mortalidad infantil es de 24 por mil en Colombia y 12 por mil en Costa Rica.

mientras la tasa de mortalidad infantil en la provincia de Lima es de 26 por mil, en Huancavelica asciende a 109 por mil.

- 1.4 El perfil de mortalidad de los estratos más pobres de la población aún está compuesto mayoritariamente por enfermedades transmisibles y causas externas. En cambio, el mismo perfil para el estrato más rico está compuesto por enfermedades crónicas y degenerativas, al igual que en los países desarrollados.

2. Organización y financiamiento del sector salud

- 1.5 El sector salud peruano es un sistema segmentado compuesto por tres subsectores principales: a) el subsector público, compuesto del Ministerio de Salud (MINSA) y las Direcciones Regionales de Salud (DISA), que se encargan de proveer servicios a la población no asegurada; b) la seguridad social a través de ESSALUD, conocido anteriormente como Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) que, hasta 1997 tuvo el monopolio como asegurador y prestador directo de servicios para los trabajadores del sector formal, pensionistas y sus familias, aproximadamente 6,5 millones de personas; y c) el subsector privado, financiado por pagos directos de los usuarios, seguros de reembolso y de tipo prepago, que en general sirve a la población de altos y medianos ingresos concentrada en Lima.
- 1.6 El gasto total en salud en Perú en 1996 representó aproximadamente 4% del PIB, equivalente a US\$103 per cápita. No obstante la recuperación de los últimos años, que incluyó un gran esfuerzo del sector público a través de la creación del Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) como parte de los programas de lucha contra la pobreza, el nivel alcanzado como porcentaje del PIB sigue siendo inferior al registrado a inicios de la década anterior. Las principales fuentes de financiamiento de los gastos para 1995, el año más recién para el cual se tiene información detallada, fueron los hogares (41%), seguidos por las empresas (31%) y el gobierno (27%). Dada la baja intermediación financiera a través de seguros privados, los gastos de los hogares representan fundamentalmente pagos directos del bolsillo para cubrir medicamentos y tarifas tanto en el sector público como el sector privado.
- 1.7 La organización y el financiamiento del sector salud peruano son inadecuados para satisfacer las necesidades de la población. Como la población en general, asegurada o no, utiliza tanto servicios públicos como privados y como un grupo importante de afiliados a la seguridad social también contribuye a planes privados, es difícil cuantificar la cobertura efectiva de cada subsector. Pero se estima que aproximadamente 25% de la población, que en teoría depende del MINSA, no tiene acceso regular a servicios básicos debido a barreras económicas, físicas y culturales. La barrera económica resultante del cobro de tarifas por consultas, internaciones y medicamentos es clave: diferentes encuestas muestran que entre los individuos que no realizan una consulta de salud cuando creen necesario hacerlo (cifra que asciende a casi 75% entre los pertenecientes al quintil más pobre), 70% a 80% no lo hacen por falta de recursos.

3. Principales problemas del sector

- 1.8 En resumen, entre los problemas más importantes del sector se mencionan los siguientes:

a) Atención inadecuada al embarazo y parto

- 1.9 La tasa de mortalidad materna es casi 1,5 veces más alta que el promedio latinoamericano y 15 veces el promedio de los países desarrollados, reflejando las deficiencias de la atención al embarazo, parto y puerperio. Aunque 57% de las gestantes reciben algún control prenatal, sólo 32% recibe un control adecuado de al menos cuatro atenciones antes del parto. Más de la mitad de los partos ocurren sin asistencia de personal capacitado, cifra que alcanza al 88% en áreas rurales. La tasa de mortalidad neonatal, que sólo ha bajado 17% entre 1990 y 1996, en comparación con una reducción de la mortalidad post neonatal de 35%, también refleja una atención inadecuada al embarazo y parto. Por otro lado, los establecimientos de salud no están debidamente habilitados para proveer los servicios requeridos.

b) Financiamiento caracterizado por la insuficiencia de recursos y su ineficiente utilización

- 1.10 El país gasta relativamente poco en salud: el gasto total de 4% del PIB en 1996 es muy inferior al promedio para América Latina y el Caribe (6%). Por otra parte, los escasos recursos públicos son mal distribuidos y utilizados en forma ineficiente. Buena parte de los recursos públicos se destina a los institutos especializados y hospitales nacionales en Lima, en detrimento de la atención básica y acciones de salud pública. Asimismo, deficiencias en la gestión de los servicios resultan en bajos niveles de productividad y el cobro indiscriminado a los usuarios resulta en una baja utilización de los servicios existentes.

c) Inequidad caracterizada por la focalización inadecuada del gasto público en salud

- 1.11 El gasto público está asignado de manera proporcional entre todos los estratos de ingreso de la población, es decir, no existe una focalización del gasto hacia los más pobres. Los cobros por servicios en el sector público, que deberían servir como herramienta de focalización cobrando a quienes pueden pagar, resultan por el contrario en mayor inequidad debido a la ausencia de mecanismos claros de exoneración. Entre las consultas totalmente exoneradas, el 82% de los exonerados no pertenecen al quintil más pobre.
- 1.12 Los gastos del subsector público también se caracterizan por una gran desigualdad geográfica. Por ejemplo, el gasto por no asegurado alcanza s./148 en Callao, pero apenas s./25 en Cajamarca. El Programa de Salud Básica para Todos del MINSA tiene un efecto redistributivo, pero no es suficiente para compensar los presupuestos regionales que son altamente regresivos.

d) Baja calidad de los servicios e insatisfacción del usuario

- 1.13 Los proveedores públicos tienen pocos incentivos para ofrecer una atención de calidad al paciente, dada la asignación presupuestaria no vinculada a resultados, la ausencia de competencia e incentivos que premien el desempeño y la limitada capacidad de elección de los usuarios. El nivel de insatisfacción con los servicios públicos se expresa en el flujo de pacientes al sector privado; no obstante, el subsector privado está débilmente regulado y el nivel de calidad de estos servicios es desconocido.

e) Limitada capacidad rectora del MINSA en el sector

- 1.14 Aunque en los últimos años el MINSA ha logrado mejorar su desempeño y capacidad de respuesta, se mantiene una estructura centralizada y piramidal con numerosos órganos que operan en forma descoordinada, lo que favorece la duplicación de actividades y dificulta el flujo de información. Sólo un pequeño porcentaje del personal desempeña funciones normativas tales como planeamiento, acreditación de prestadores de servicios y vigilancia epidemiológica. Asimismo, la capacidad de liderazgo del MINSA dentro del subsector público se ve limitada, ya que gran parte del financiamiento de los servicios fuera de Lima metropolitana viene directamente del Ministerio de la Presidencia a través de los presupuestos regionales.

C. La reforma del sector salud

- 1.15 Como respuesta inicial a los problemas del sector, en 1997 el gobierno aprobó la Ley General de Salud y la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su reglamentación que sientan las bases para el proceso de modernización y reforma. La nueva base jurídica provee un marco organizativo para la integración del sistema anteriormente fragmentado, desarrollando por lo tanto los inicios de un sistema de cobertura universal y una mayor equidad en la distribución de beneficios. Este marco crea un sistema de atención compuesto por un régimen contributivo y un régimen subsidiado, basado en la capacidad de pago de la población cubierta, lo que permitirá una mejor focalización del gasto público hacia los grupos más pobres.
- 1.16 El **régimen contributivo** tiene su sustentación legal en los cambios introducidos en la Ley de Modernización de la Seguridad Social y la Ley de la Creación de ESSALUD. El cambio fundamental lo constituye la eliminación práctica del monopolio del ESSALUD, abriendo la posibilidad de que los servicios menos complejos sean prestados por nuevas empresas privadas, denominadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS), que prestarán dichos servicios a través de infraestructura propia y de terceros. Los empleadores podrán contratar una EPS mediante una decisión colectiva de sus trabajadores y recibirán, en cambio, un crédito de 25% sobre sus aportes a ESSALUD. Esto resultará en la eliminación parcial del doble pago efectuado hoy en día por varias empresas que, además de contribuir al seguro social, compran seguros privados para sus empleados.
- 1.17 Asimismo, este cambio generará competencia en la provisión de servicios por medio de la participación del sector privado y un mayor poder de elección por parte de los usuarios. La nueva legislación también facilita el camino a una mayor cobertura mediante el desarrollo de mecanismos para la incorporación de trabajadores independientes, profesionales e informales.
- 1.18 El **régimen subsidiado** está dirigido a la población que carece de medios para incorporarse al régimen contributivo y será financiado principalmente a través del tesoro público. El gasto estará focalizado en beneficio de la población en condiciones de pobreza y priorizará un Plan Garantizado de Prestaciones de Salud que abarca intervenciones preventivas y curativas de salud individual de alto costo-efectividad. A través de estas acciones se logrará mejorar la equidad y la eficiencia en la asignación y utilización de recursos públicos. La implantación del Plan Garantizado comenzará con servicios materno-infantiles, que constituyen el mayor grupo de atenciones cubiertas por el plan. La oferta de servicios al nivel primario y

secundario bajo el régimen subsidiado será organizada en redes de establecimientos de distintos niveles de complejidad. Estas redes tienen como objetivo garantizar un servicio integral a la población a su cargo, mediante acuerdos de gestión con el MINSA que incentiven la productividad, la calidad y el control social. La reforma también plantea la reorganización de los hospitales nacionales de mayor complejidad en un marco de autonomía regulada y en el cual el financiamiento estará principalmente basado en la venta de servicios a distintos compradores.

- 1.19 En el mediano plazo, la implantación de la propuesta de reforma logrará un sistema de acceso universal a los servicios de salud, a través de la focalización del gasto público, mayor eficiencia en la utilización de los recursos, la priorización de intervenciones costo-efectivas y el pago a proveedores en base a resultados incorporados en contratos y acuerdos de gestión. El cuadro I-1 muestra el esquema del nuevo sistema.

Cuadro I-1 VISIÓN DEL SISTEMA DE SALUD REFORMADO			
CATEGORÍAS	SALUD COLECTIVA	SALUD INDIVIDUAL	
		RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
Cobertura de población	Universal	Población pobre	Población con capacidad de pago (trabajadores dependientes y jubilados, trabajadores independientes, profesionales e informales)
Plan de beneficios	Intervenciones de salud pública (bienes públicos, intervenciones con altas externalidades)	Plan Garantizado de Prestaciones de Salud del MINSA (que en forma paulatina se aproximará al Plan Contributivo)	Plan Contributivo definido en el reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social
Fuente de financiamiento	Tesoro Público	Tesoro Público e ingresos propios	Contribución de afiliados
Prestación de servicios	Responsabilidad del Estado que puede delegar ejecución a otras entidades	Establecimientos públicos y privados, organizados en redes de servicios operando mediante mecanismos de contratación (contratos o acuerdos de gestión)	

D. Avances en la reforma

- 1.20 La implantación del nuevo **régimen contributivo** ha empezado con el establecimiento de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) en 1998 como organismo autónomo, regulador y supervisor del funcionamiento de las EPS que participarán en el sistema. Hasta el momento cuatro EPS han sido autorizadas para funcionar y dos más están en proceso de aprobación. En 1998, el FOMIN aprobó una operación de apoyo a la SEPS (ATN/MT-6155-PE). Se ha creado una comisión permanente (COMSSS) encargada de monitorear la evolución del régimen contributivo mediante propuestas de carácter normativo.
- 1.21 El gobierno también ha buscado resolver de forma progresiva los principales problemas que enfrenta el **régimen subsidiado**, principalmente aquellos relacionados con la insuficiencia del gasto y su inadecuada focalización, la deficiente cobertura y la baja productividad y calidad de los servicios. Entre las principales iniciativas del gobierno, se cuentan las siguientes:
- 1.22 **Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT):** El gobierno ha incrementado el gasto público a través de nuevos programas focalizados. El más importante de

ellos, el Programa de Salud Básica para Todos, se inició en 1994 como parte del Plan de Mejora del Gasto Social Básico que forma parte integral de la Ley del Presupuesto. El PSBPT tuvo como objetivo hacer operativos los centros y puestos de salud en áreas rurales y de bajos ingresos, principalmente a través de pagos suplementarios al personal. El PSBPT ha contribuido no solamente al incremento del gasto público sino también a una reducción de la inequidad geográfica en la distribución del gasto público. Así, mientras los ocho departamentos más necesitados reciben solo el 16% de los presupuestos regionales, ellos reciben el 37% del gasto del PSBPT.

- 1.23 **Comités Locales de Administración de Salud (CLAS):** En 1994 el gobierno estableció el Programa de Administración Compartida orientado a mejorar la calidad de los servicios básicos de salud, ampliar su cobertura e incrementar la productividad, a través de la participación comunitaria en la gestión de los establecimientos del primer nivel. Se crearon los Comités Locales de Administración de Salud, asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica, que están integradas por representantes de la comunidad y cuya labor es la administración de un puesto o centro de salud. Los CLAS constituyen una forma de administración descentralizada de los servicios de atención primaria, donde el gobierno, representado por el MINSA, comparte esfuerzos y recursos con la comunidad. La administración privada del establecimiento introduce flexibilidad en el manejo presupuestal y de personal, y contribuye a un uso más eficiente de los recursos. A mediados de 1999, existían 529 CLAS, cubriendo aproximadamente cuatro millones de habitantes.
- 1.24 El esquema CLAS ha sido aplicado mayoritariamente a centros o puestos de salud individuales. Recientemente el MINSA ha empezado a desarrollar redes integradas de servicios incorporando atención primaria y secundaria sobre la base de la experiencia CLAS. La integración de varios establecimientos permitiría mayor efectividad y eficiencia en el uso de recursos. Se viene trabajando en cinco redes bajo acuerdos de gestión con el MINSA donde se están llevando a cabo aplicaciones iniciales para validar y desarrollar nuevos instrumentos de programación y gestión, que serán aplicados en la consolidación y extensión del modelo CLAS.
- 1.25 **Seguro Materno-Infantil (SMI):** El gobierno también ha iniciado programas destinados a reducir las barreras económicas al acceso de servicios por parte de poblaciones vulnerables. El Seguro Escolar, creado en 1997, proporciona servicios gratuitos a los alumnos de escuelas públicas primarias y secundarias. Asimismo, la implantación del Plan Garantizado de Prestaciones de Salud se ha iniciado con la introducción, en forma de piloto, del SMI, orientado a resolver el problema grave de la mortalidad y morbilidad materno-infantil. El SMI está siendo piloteado y evaluado en dos departamentos del país, Tacna y San Martín.
- 1.26 El gobierno ha decidido concentrar sus esfuerzos de reforma en los próximos tres años en la implantación del SMI a nivel nacional y ha solicitado el apoyo del Banco y del Banco Mundial para este fin. El SMI funcionará como elemento dinamizador de la modernización y reforma del sector, ya que por su intermedio se introducirán cambios en la organización y financiamiento de los servicios. Específicamente, a través de su implantación a nivel nacional, se logrará una extensión importante de la cobertura, basada en la focalización del gasto público

hacia intervenciones costo-efectivas y poblaciones vulnerables. Asimismo, al reducir las barreras económicas y socio-culturales, el SMI incrementará la demanda y someterá el sistema de producción de servicios a pruebas exigentes de capacidad resolutive, operativa y organizativa. La modernización de la gestión, a través de acuerdos de gestión y la expansión de los CLAS en los establecimientos involucrados, contribuirán a una mejor utilización de los recursos financieros y humanos, enfrentando así el reto a su capacidad.

- 1.27 **Descentralización:** Actualmente está en proceso de discusión un anteproyecto de ley para la descentralización de los servicios públicos de educación y salud. Esta ley contempla la descentralización de los dos primeros niveles básicos de atención primaria de salud pública, cuya responsabilidad sería trasladada a las municipalidades en un período de cuatro años. Durante este tiempo las municipalidades deberán asumir la presidencia de los CLAS, quienes serán los que suscriban los convenios de traspaso con el MINSA. La ley propuesta es compatible con las actividades del programa aquí planteado debido a que requiere el establecimiento de los CLAS como condición para el traspaso de los servicios a las municipalidades, siendo esto lo deseable para el manejo de las actividades del SMI.

E. Experiencia y estrategia del Banco

- 1.28 El Banco inició sus actividades en el sector salud del Perú con el PFSS, cuyo objetivo fue recuperar la capacidad resolutive del sistema público de servicios posterior a la crisis de los años ochenta. El programa, con una inversión total de US\$98 millones, de los cuales US\$68 millones corresponden al préstamo BID 741/OC-PE, tuvo como componente principal la rehabilitación de los establecimientos de salud, el desarrollo de sistemas operativos y la provisión de equipamiento básico.
- 1.29 Asimismo, el PFSS apoyó la conceptualización e inicio del proceso de reforma del sector salud a través de: a) la formulación y aprobación de normas y reglamentaciones aplicables al sector, tanto en el régimen subsidiado como en el régimen contributivo; b) la formulación y puesta en operación de procesos técnicos y administrativos orientados a modernizar la gestión de los hospitales públicos y los establecimientos de atención básica bajo la modalidad de redes de servicios, y c) el desarrollo de la propuesta del Plan Garantizado de Servicios de Salud orientada a lograr reducciones significativas en la carga de enfermedades, a través de intervenciones de alto costo-efectividad. Esta propuesta, a su vez, ha servido de base para la formulación del SMI. Un informe más detallado de los logros del PFSS se encuentra en los archivos técnicos del proyecto. El PFSS se encuentra en sus últimos meses de ejecución, habiéndose desembolsado cerca del 99,5% y teniéndose previsto el último desembolso para diciembre de 1999.
- 1.30 La operación aquí propuesta mantendrá la continuidad del apoyo del Banco a la reforma del sector. Las acciones planteadas son consistentes con la estrategia del Banco para los sectores sociales del país, que tiene como objetivos apoyar los esfuerzos del gobierno en incrementar la cobertura y establecer sistemas eficientes de prestación y financiamiento de los servicios (*Documento de País*, GN-1992-1).

- 1.31 La reforma del sector salud se conceptualiza como un proceso de largo alcance que tomará varios años. Dada su duración y la complejidad de las actividades requeridas, se ha estructurado el proceso en dos fases: una primera fase que consiste en la extensión del SMI y el desarrollo de propuestas y validación de nuevas políticas y transformaciones institucionales; y una segunda fase que se caracteriza por la implantación y consolidación de las nuevas políticas y la extensión de nuevas formas de organización, financiamiento, gestión y prestación de servicios al nivel nacional.
- 1.32 Para apoyar este proceso de largo plazo, que requerirá un apoyo sistemático y sostenido, el BID utilizaría la modalidad de préstamo de múltiples fases. El programa de reforma cuenta con objetivos de largo plazo bien definidos; sin embargo, las acciones necesarias para alcanzarlos son de doble alcance: por un lado, acciones concretas de corto plazo cuya experiencia de ejecución servirá para confirmar políticas; y por otro, actividades de diseño para cambios estructurales de largo plazo. Debido a esto, la primera fase se concentrará en la extensión de la cobertura de servicios básicos, y en el diseño y prueba de nuevos instrumentos de políticas y cambios institucionales; y la segunda, en la implementación y consolidación de los nuevos instrumentos de política y de los cambios institucionales. Esta modalidad permite una participación más activa del Banco en la ejecución de acciones que requerirán apoyo sostenido para resolver los problemas inherentes al sector. El préstamo propuesto (US\$87 millones) en este documento apoyará la primera fase de la reforma y tendrá una duración de tres años. Un nuevo préstamo por US\$50 millones para apoyar la segunda fase, que tendría una duración de tres años, sería procesado una vez se haya desembolsado el 75% de los recursos del préstamo anterior y se hayan cumplido las metas acordadas como elementos accionadores ("triggers"), detalladas en el Anexo I-1. Esta estrategia permitirá la continuidad del apoyo del Banco al proceso de reforma durante el período previsto. Además, la modalidad es compatible con el programa de préstamo adaptable que el Banco Mundial está utilizando en esta misma operación.

F. Otras agencias financieras

- 1.33 Se ha estimado que para apoyar la implantación del SMI y las otras acciones de reforma de salud a nivel nacional, se requerirán aproximadamente US\$350 millones para un período de seis años. De esta cantidad, el Gobierno de Perú financiará US\$137 millones con recursos del BID (US\$87 millones para la primera fase y US\$50 millones para la segunda); el resto sería financiado con recursos de otras agencias internacionales, principalmente el Banco Mundial, y con recursos de contrapartida nacional.
- 1.34 El Banco Mundial esta apoyando el proceso de reforma del sector salud a través de dos modalidades. El préstamo de ajuste estructural social, en proceso de negociación, incluye en su matriz de condicionalidades medidas destinadas a impulsar la reforma. Entre ellas están la creación del SMI, la expansión de los CLAS y la integración de los programas verticales de salud materno-infantil del MINSA. La matriz también compromete al gobierno a un aumento de US\$20 millones sobre el presupuesto de atención primaria de 1998, incluyendo el SMI, lo que permitirá la participación creciente del gobierno en el financiamiento de los gastos incremen-

tales del SMI. Asimismo, se está preparando un préstamo paralelo similar al del BID. Para mantener la integralidad de las acciones de reforma, se preparó el programa como un todo, independiente de la fuente de financiamiento y se asignarán áreas geográficas distintas para el financiamiento de cada banco. También se ha coordinado la preparación del proyecto con USAID y DFID quienes mantendrán su apoyo al proceso de reforma.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos

- 2.1 El objetivo general del programa es apoyar el proceso paulatino de modernización y reforma del sistema de salud en el Perú, a efectos de mejorar el estado de salud de la población a través de la expansión del acceso a servicios de salud efectivos, eficientes y de calidad. El programa está orientado hacia la solución de los principales problemas de salud de la población: la morbilidad y mortalidad materno-infantil.
- 2.2 Los objetivos específicos son:
 - a. Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil mediante la reducción de las barreras económicas, físicas y culturales a la utilización de los servicios materno-infantiles por las poblaciones pobres y vulnerables.
 - b. Fortalecer las acciones de salud pública, principalmente en el campo de enfermedades transmisibles y salud ambiental, y de vigilancia epidemiológica.
 - c. Apoyar el desarrollo, implantación y seguimiento de políticas sectoriales que permitan focalizar el gasto público hacia grupos vulnerables e intervenciones costo-efectivas.
 - d. Desarrollar nuevos modelos de organización, gestión, financiamiento y prestación de servicios orientados a incrementar la productividad y eficiencia de los recursos del sector.
 - e. Desarrollar nuevas capacidades del MINSA para fortalecer su liderazgo y rectoría sectorial.

B. Estrategia del programa

- 2.3 El programa de tres años a ser apoyado con el préstamo propuesto en este documento procura integrar necesidades impostergables de combate a la morbilidad y mortalidad materna e infantil con el diseño e implantación de estrategias de mediano y largo plazo de modernización y reforma del sector salud. La estrategia del programa está basada en utilizar el mejoramiento de los servicios materno-infantiles como el elemento dinamizador del proceso de modernización del sector. En este sentido, la mayor parte de los recursos del programa apoyarán actividades orientadas a mejorar el acceso y calidad de servicios básicos, mediante el financiamiento del SMI y la extensión de servicios de atención relacionados. Sin embargo, para que los efectos de mejoramiento de la atención básica sean duraderos y efectivos, es necesario avanzar en el proceso de modernización del sector, a través del desarrollo de nuevas políticas de financiamiento, así como cambios institucionales y organizacionales. Este préstamo constituye la primera fase de este proceso, y como se mencionó en el capítulo I, estos cambios estructurales serán profundizados a través de un segundo préstamo.
- 2.4 De acuerdo con esta estrategia, el programa comprende un conjunto de acciones coordinadas, compuestas de asistencia técnica, estudios, programas piloto, inversiones en la extensión de servicios, equipamiento y rehabilitación de infraestructura, agrupadas en tres componentes que cubren los ámbitos claves del sector salud:

- a. **Servicios de salud.** Este componente financiará el mejoramiento de servicios básicos de salud dirigidos a grupos de bajos ingresos y poblaciones dispersas, priorizando la atención materno-infantil y el control de enfermedades transmisibles.
 - b. **Políticas.** Este componente apoyará el desarrollo de instrumentos específicos de política que faciliten la implantación de los regímenes contributivo y subsidiado, con el objetivo de focalizar el gasto público hacia la atención materno-infantil y otras intervenciones prioritarias y hacia los grupos más vulnerables.
 - c. **Instituciones.** Este componente apoyará el desarrollo y modernización de las organizaciones del sector, con el objetivo de incrementar la productividad, eficiencia y calidad de los servicios materno-infantiles, así como fortalecer el papel rector del MINSA.
- 2.5 El cuadro II-1 muestra los vínculos entre los problemas del sector identificados en el capítulo I y los componentes y actividades del programa. En su totalidad, las actividades mejorarán el acceso y calidad de los servicios básicos, especialmente en las áreas de salud materno-infantil y de salud pública. Las actividades también generarán recomendaciones de políticas y fortalecerán la capacidad institucional y analítica para implantar y evaluar los cambios sectoriales, que se introducirán y consolidarán a lo largo de los próximos seis años. Los resultados esperados al final del programa de tres años se encuentran detallados en el Anexo II-1, que contiene el marco lógico.

<p align="center">Cuadro II-1 CORRESPONDENCIA ENTRE LOS PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD Y LAS ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA</p>		
DIAGNOSTICO	ESTRATEGIAS	COMPONENTES
<p>CONDICIONES DE SALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altas tasas de mortalidad y morbilidad materno-perinatal • Niveles inaceptables de enfermedades transmisibles • Enfermedades causadas por condiciones ambientales insalubres 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar SMI • Implantar estrategias de control para malaria, Chagas y fiebre amarilla • Capacitar a la población en el manejo de agua y alimentos y fortalecer capacidades de gestión en salud ambiental 	<p>Componente 1: Servicios (Mejoramiento de servicios de salud individual y colectiva)</p>
<p>SERVICIOS DE SALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación y uso ineficiente de los recursos públicos • Barreras económicas, socioculturales y geográficas para la utilización de servicios • Baja productividad de servicios • Baja calidad de los servicios e insatisfacción del usuario • Pocos incentivos que premien el desempeño • Escasez de equipos claves para transporte, laboratorio y comunicación en áreas más necesitadas • Infraestructura física deteriorada y equipo obsoleto 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar SMI • Introducir incentivos financieros que vinculen los pagos a los proveedores con su desempeño (cantidad y calidad) a través de acuerdos de gestión • Apoyar programas de capacitación clínica y comunitaria para mejorar la calidad de los servicios materno-infantiles y el nivel de satisfacción del usuario • Introducir técnicas modernas de administración en establecimientos públicos de primer y segundo nivel • Proveer equipos claves para la provisión del SMI y rehabilitar infraestructura física 	<p>Componente 1: Servicios</p> <p>Componente 3: Instituciones (Modernización institucional)</p>
<p>POLITICAS SECTORIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia de recursos públicos y su ineficiente utilización • Baja cobertura dentro del sistema de seguridad social de poblaciones con capacidad de pago • Inequidad caracterizada por la focalización inadecuada del gasto público • Ausencia de una política clara de recuperación de costos resultando en tarifas arbitrarias y no focalizadas • Falta de políticas y acciones para la promoción de salud colectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la afiliación de poblaciones con capacidad de pago al sistema de seguridad social liberando recursos para subsidiar poblaciones pobres • Implantar un sistema de focalización del gasto público en salud, basado en la prestación de un plan garantizado de servicios de alto costo-efectividad, empezando con el SMI, a la población sin capacidad de pago • Racionalizar las tarifas de los establecimientos públicos • Proponer nuevos mecanismos de movilización de recursos financieros que permitan asegurar la sostenibilidad, eficiencia y equidad del gasto público • Desarrollo y puesto en marcha de políticas de salud colectiva 	<p>Componente 2: Políticas (Desarrollo de instrumentos de política)</p>
<p>CAPACIDAD INSTITUCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitada capacidad rectora del MINSA en el sector • Falta de capacidad gerencial, participación comunitaria y continuidad de atención en establecimientos públicos al nivel local • Poco uso y difusión de información sanitaria, administrativa y financiera para la toma de decisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar propuestas para que el MINSA pueda cumplir funciones de conducción, formulación y coordinación de política sanitaria nacional • Modernizar la gestión al nivel local y reestructurar servicios locales en base del modelo CLAS para su funcionamiento en red 	<p>Componente 3: Instituciones</p>

- 2.6 Dada la naturaleza compleja y evolutiva de los procesos de reforma en los sectores sociales y la necesidad de adaptar acciones en función de problemas identificados y resultados obtenidos, el programa financiará actividades de manera secuencial, utilizando los resultados de estudios, pilotos y de decisiones políticas durante cada año para definir el plan operativo de los años subsiguientes. El plan operativo para cada año de trabajo será definido en revisiones anuales, efectuadas en conjunto por el gobierno y el Banco.

C. Ambito del proyecto

- 2.7 Las propuestas de reforma y modernización sectorial introducidas por el programa serán aplicadas a nivel nacional por el MINSA, mientras que las acciones de mejoramiento de los servicios de salud abarcadas en el primer componente se concentrarán en 15 de los 24 departamentos del país, incorporándolos en forma gradual. Estos 15 departamentos concentran aproximadamente el 41% de la población del país. El cuadro II-2 muestra las características principales de estos departamentos en relación al total del país. Los departamentos restantes serán cubiertos por el préstamo paralelo del Banco Mundial.

Cuadro II-2 AMBITO GEOGRAFICO DEL PROYECTO					
DEPARTAMENTO FINANCIAMIENTO BID	POBLACION OBJETIVO		% DE HOGARES POBRES (1998)	% PARTO INSTITUCIONAL (1998)	MORTALIDAD INFANTIL (POR 1.000 NACIDOS VIVOS (1998)
	GESTANTES	NIÑOS (0-4 AÑOS)			
AÑO 1					
Huancavelica	14.144	42.432	77,4	17,6	109
Huanuco	22.651	67.952	64,5	19,3	59
Junín	29.082	87.264	39,8	19,7	57
Amazonas	3.881	11.643	47,7	21,9	51
Ayacucho	14.651	43.952	69,0	36,4	69
San Martín (1)	14.784	44.352	45,8	42,7	47
Tacna (1)	4.621	13.864	26,8	68,4	26
AÑO 2					
Pasco	6.608	13.216	58,2	31,9	67
Loreto	26.055	52.110	57,6	33,5	50
Ucayali	11.357	22.714	43,8	38,6	64
Ancash	26.055	52.110	46,0	43,7	41
AÑO 3					
Lima y Callao (2)	46.425	92.850	27,9	50,6	26
Arequipa	15.732	31.464	33,7	52,0	50
Moquegua	2.324	4.648	37,7	52,8	52
Ica	12.795	25.590	38,7	63,0	39
TOTAL 15 DEPTOS.	250.791	605.395	-	-	-
PERÚ	532.716	1.312.699	44,1	34,2	48
1. Departamentos con programas pilotos iniciados en 1998. 2. El financiamiento del BID cubrirá Lima Este, Lima Ciudad y Callao, mientras el financiamiento del Banco Mundial cubrirá Lima Sur y Lima Norte.					

D. Componentes y actividades

- 2.8 La organización de los componentes y subcomponentes del programa se muestra en el cuadro II-3. Las actividades se describen a continuación:

Cuadro II-3 COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES DEL PROGRAMA	
COMPONENTE	SUBCOMPONENTES
1. Mejoramiento de Servicios de Salud Individual y Colectiva	A. Seguro Materno-Infantil. B. Atención a Poblaciones Dispersas C. Salud Ambiental D. Inversiones en Infraestructura y Equipamiento
2. Desarrollo de Instrumentos de Política	A. Desarrollo de Regimen Subsidiado B. Desarrollo de Regimen Contributivo C. Salud Colectiva
3. Modernización Institucional	A. Desarrollo Institucional del MINSA B. Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica C. Modernización de la Gestión de los Establecimientos de Salud

1. Componente de mejoramiento de servicios de salud individual y colectiva (US\$98,3 millones)

- 2.9 Este componente tiene por objetivo: a) la reducción de barreras económicas, físicas y socioculturales al acceso a servicios básicos, empezando con la atención materno-infantil, y b) el fortalecimiento de acciones de salud pública, incluyendo el control de enfermedades transmisibles y la promoción de la salud ambiental.

a) Subcomponente Seguro Materno-Infantil (SMI)

- 2.10 El seguro materno-infantil (SMI) es una estrategia integral de financiamiento y prestación de servicios de salud que busca eliminar las barreras económicas y socio-culturales a servicios de atención materno-infantil que impiden que las madres y niños de menores recursos utilicen estos servicios promoviendo, al mismo tiempo, el mejoramiento de la calidad de estos servicios. El SMI cubre un paquete de servicios costo-efectivos diseñado para reducir la morbi-mortalidad materna e infantil. Las barreras económicas para la utilización de los servicios incluidos en el paquete serán reducidas mediante la eliminación de tarifas en áreas rurales y su substitución por una cuota de afiliación menor a los precios actuales de estos servicios en las áreas urbanas pobres. Las barreras socioculturales serán reducidas mediante acciones de mejoramiento de la calidad de los servicios, adecuándolos a las preferencias comunitarias. Una descripción resumida del SMI, incluyendo objetivos, plan de beneficios, actividades de apoyo clínicas, administrativas y financieras, y sistemas de monitoreo y supervisión se encuentra en el Anexo II-2.
- 2.11 El programa financiará los costos variables del paquete de beneficios del SMI, excluyendo gastos de personal, estimado en US\$61,40 por gestante y US\$33,60 por niño, así como actividades complementarias diseñadas para aumentar la calidad de los servicios, adecuar la oferta a preferencias socioculturales, y proveer información a los usuarios. Con base en las experiencias ya desarrolladas por el PFSS, proyectos financiados por USAID y el Banco Mundial, y el Programa

Nacional Materno-Perinatal, se financiará: a) elaboración de un acuerdo de gestión con indicadores apropiados para monitoreo y supervisión; b) capacitación a profesionales en salud de la mujer y el niño, con énfasis especial en la detección y manejo de emergencias obstétricas; c) capacitación a parteras u otros agentes comunitarios en parto normal, detección de signos de alarma y referencia; d) formulación de protocolos logísticos y clínicos para la referencia-contrareferencia; e) adaptación de protocolos clínicos a prácticas culturales efectivas en zonas indígenas; f) coordinación logística al nivel de red, incluyendo la provisión de medicamentos y otros suministros; g) actividades de información, educación y comunicación (IEC) preventivo-promocional, y h) el establecimiento de fondos comunitarios para financiar transporte en caso de emergencias. Cada departamento contará con un plan de acción que abarcará estas actividades de manera integrada. **La presentación de los planes de acción para los siete departamentos cubiertos en el primer año del programa será condición previa al primer desembolso.**

- 2.12 A nivel nacional, la población objetivo del SMI es de 532.716 gestantes por año y 1.312.699 niños, de los cuales 219.940 gestantes y 848.343 niños residen en departamentos financiados por el Banco. El SMI ya está en operación, en fase piloto, en San Martín y Tacna, departamentos que fueron seleccionados en base a su capacidad operativa. En los años siguientes, el SMI será introducido gradualmente en los demás departamentos, en base a la tasa de parto institucional (empezando con la más baja), que tiene alta correlación (68%) con la tasa de pobreza. Las proyecciones de la expansión se encuentran en los archivos técnicos del proyecto. Al final de la primera etapa del programa (tres años), se habrá cubierto el 85% de la población objetivo. Por razones de sostenibilidad, se ha acordado con el gobierno que los recursos del Banco financiarán 90% de los gastos de implantación del SMI en el primer año, reduciéndose a 75% en el segundo año, y a 60% en el tercero. El financiamiento decreciente por parte del Banco continuará en la segunda fase hasta el quinto año, a partir del cual el Gobierno del Perú cubrirá el 100% de los costos operativos del SMI.
- 2.13 Para permitir una medición del impacto del SMI a mediano plazo, el programa financiará el diseño y la ejecución de módulos de morbi-mortalidad materno-perinatal y de gasto y utilización de servicios de salud de la encuesta nacional de demografía y salud (ENDES).

b) Subcomponente de atención a poblaciones dispersas

- 2.14 En redes donde la densidad poblacional y el acceso físico a los servicios son extremadamente bajos, el SMI será adaptado a esta realidad. En el primer año del programa se desarrollará una propuesta organizativa y operacional de trabajo extramural vía equipos de atención itinerante de salud integral con activa participación comunitaria, poniendo énfasis en su adecuación cultural. Esta propuesta será implantada en dos áreas piloto (Huanuco y Amazonas) que serán evaluadas a fines de ese mismo año. En base a los pilotos, este subcomponente será implementado en áreas adicionales a ser definidas.

c) Subcomponente de salud ambiental

- 2.15 Este subcomponente tiene como objetivo contribuir a la prevención de enfermedades e infecciones que se deben principalmente a las condiciones insalubres del entorno ambiental, complementando las intervenciones SMI. En el primer año del préstamo se financiará la extensión de las metodologías desarrolladas en base a los pilotos financiados por el préstamo anterior (PFSS), específicamente: a) capacitación en la desinfección de agua y alimentos a través de trabajo comunitario; b) extensión de sistemas de manejo de residuos en establecimientos cubiertos por el programa, y c) servicios de consultoría, capacitación y talleres para el fortalecimiento de las capacidades de gestión en salud ambiental y gestión de riesgos dentro de redes y a nivel nacional.
- 2.16 El subcomponente también financiará actividades de prevención y control de enfermedades transmisibles endémicas no cubiertas por otros programas, y que constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad para las poblaciones pobres. Se financiará asistencia técnica, capacitación, talleres comunitarios, y campañas de educación para el control de las enfermedades de Chagas, fiebre amarilla y malaria. Se hará seguimiento de la efectividad de las estrategias empleadas para el control de enfermedades transmisibles través del sistema de vigilancia epidemiológica (ver párrafo 2.29).

d) Subcomponente de inversiones en infraestructura y equipamiento

- 2.17 Para asegurar la capacidad de respuesta de los establecimientos a la implantación del SMI y otras intervenciones prioritarias, el programa financiará inversiones en la extensión y adecuación de servicios. El manejo de estos recursos se hará mediante un mecanismo de asignación (fondo) que funcionará como parte del Sistema de Inversiones en Salud que será puesto en marcha con el programa. En el párrafo 3.10 se describe en detalle el mecanismo. Las líneas de inversión a financiarse con el proyecto serán: a) infraestructura, que comprende la ampliación, rehabilitación, y mejoramiento de establecimientos de salud en el ámbito de redes y establecimientos de diferente complejidad hasta el nivel secundario; b) dotación de equipamiento biomédico, de transporte, mobiliario e instrumental para los establecimientos, para mejorar su capacidad resolutive y la calidad de la prestación de servicios de salud cubiertos por el SMI, y c) asistencia técnica para la modernización de los sistemas de operativos e informativos, y desarrollo de la infraestructura informática y de comunicación para su operacionalización, incluyendo la capacitación necesaria. Al final de los tres años de ejecución se prevé que se habrán atendido las inversiones en obras civiles y equipamiento médico de aproximadamente 524 establecimientos, 382 de los cuales serían puestos de salud, 129 centros de salud, 5 hospitales y 8 hospitales de apoyo.

2. Componente de desarrollo de instrumentos de política (US\$2,6 millones)

- 2.18 Este componente tiene como objetivo apoyar el diseño, implantación, evaluación y seguimiento de nuevos instrumentos de políticas que permitan focalizar el gasto público en la atención materno-infantil y otras intervenciones prioritarias y en las poblaciones más pobres y vulnerables.

a) Subcomponente de desarrollo del régimen subsidiado

- 2.19 La reforma tiene como objetivo principal asegurar el acceso de la población sin capacidad de pago a servicios de salud a través del régimen subsidiado. Hasta la fecha, el gobierno ha concentrado sus esfuerzos en la reducción de las barreras económicas al acceso, a través de la implantación del Seguro Escolar y del SMI. El programa financiará: a) una evaluación inicial de Seguro Escolar, en operación desde 1997 y el desarrollo de instrumentos de monitoreo continuo del programa; y b) una evaluación de medio término del SMI. Ambas evaluaciones analizarán el impacto de la eliminación de cobro directo a los usuarios sobre la demanda y utilización de los servicios por quintil de ingreso, y el impacto de los nuevos mecanismos de pago sobre la productividad y eficiencia de la oferta. Los resultados de estas evaluaciones permitirán la introducción de ajustes en las acciones programadas.
- 2.20 Asimismo, el programa financiará el desarrollo de una propuesta de nuevos mecanismos de movilización y asignación de recursos financieros que permitan asegurar la sostenibilidad, eficiencia y equidad del gasto público en intervenciones prioritarias focalizadas hacia los grupos más pobres. Esta propuesta contemplará los siguientes aspectos: a) identificación de posibles eficiencias y ahorros dentro del subsector público, principalmente en el nivel hospitalario, que permitan reasignar recursos hacia la atención materno-infantil, acciones de salud pública y otras intervenciones prioritarias; b) elaboración de una política tarifaria acompañada de mecanismos efectivos de exoneración de los más pobres, para los servicios no incluidos en el SMI; c) desarrollo de una metodología de asignación geográfica de los recursos a los niveles subnacionales que privilegie los departamentos más pobres y las poblaciones más necesitadas, y d) adecuación de los mecanismos de pagos a proveedores y de los indicadores de desempeño utilizados en los acuerdos de gestión, elaborados en base a los resultados de experiencias en curso, que permitan incentivar la eficiencia del gasto público.
- 2.21 Esta propuesta global de movilización y resignación de recursos públicos se traducirá en un plan de acción para su implementación paulatina. Asimismo, se espera que en la segunda fase del programa se pueda adaptar la propuesta al Plan Garantizado de Servicios, que incluiría un grupo de intervenciones más amplio que el SMI.

b) Subcomponente de desarrollo del régimen contributivo

- 2.22 La reforma del sector tiene como uno de sus objetivos principales el aseguramiento de la población con capacidad de pago a través del régimen contributivo, liberando recursos que permitan focalizar el gasto público en los grupos más pobres.
- 2.23 El programa financiará asistencia técnica para: a) desarrollar el sistema de indicadores de monitoreo del régimen contributivo; y b) elaborar una propuesta de estrategias y mecanismos para incrementar la cobertura de trabajadores independientes con capacidad de pago, así como la fijación de metas de cobertura de estos grupos. Con base en esta propuesta se llevarán a cabo dos proyectos piloto para la incorporación de trabajadores informales que serán evaluados a lo largo del programa.

c) Subcomponente de salud colectiva

- 2.24 Los regímenes subsidiado y contributivo están orientados al financiamiento de los servicios de salud individual. La reforma peruana también plantea una creciente énfasis en las acciones de salud pública dirigida a toda la población, independiente de su capacidad de pago. Este subcomponente financiará asistencia técnica para la identificación de los principales factores de riesgo en el contexto de la transición epidemiológica y el diseño e implantación de una propuesta para la promoción de prácticas saludables en la población.

3. Componente de modernización institucional (US\$4,9 millones)

- 2.25 Este componente tiene como objetivo iniciar el proceso de modernización de las organizaciones del sector, a efectos de incrementar la productividad, eficiencia y calidad de los servicios y adecuarlas a las prioridades del sector. A través del programa se financiará la reestructuración del MINSA para reforzar su liderazgo y rectoría y se iniciará el proceso de transformación de los establecimientos públicos en organizaciones más flexibles y productivas.

a) Subcomponente de desarrollo institucional del MINSA

- 2.26 El programa iniciará el proceso de modernización institucional del MINSA para que pueda cumplir la función de rectoría del sector, incluyendo la conducción, formulación y coordinación de la política nacional de salud individual y colectiva, así como su evaluación y supervisión.
- 2.27 La reestructuración inicial del MINSA estará dirigida a adecuar su estructura en función del SMI, a través de la racionalización e integración de los programas verticales dirigidos a la población materno-infantil, hoy en día organizados en función de enfermedades específicas y manejados de manera paralela. Asimismo, el programa financiará el desarrollo de lineamientos estratégicos para la modernización del MINSA, orientados hacia el fortalecimiento de las funciones de rectoría y planeamiento estratégico, la reducción del número de oficinas y programas, la consolidación de funciones actualmente dispersas que permitan lograr economías de escala, y la definición de las funciones y responsabilidades del nivel central y subnacional en el contexto de la nueva propuesta de descentralización. En base a estos lineamientos, un anteproyecto de ley de organización y funciones será elaborado y se preparará un plan de acción para su implantación gradual.
- 2.28 Considerando que una porción importante de los recursos del programa se orientarán al financiamiento de proyectos de inversión en el sector, el GOP ha decidido aprovechar la oportunidad para establecer, para el sector salud, un mecanismo permanente para la asignación de recursos de esta naturaleza⁴. Así, el proyecto financiará la asistencia técnica necesaria para organizar, establecer y poner marcha, en el MINSA, el Sistema de Inversión Pública en Salud. Se

⁴ En este contexto, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a través de la Oficina de Inversiones (ODI) está ejecutando el Programa de Mejoramiento del Mecanismo de Programación de la Inversión Pública, que tiene como objetivo general mejorar la asignación de recursos de inversión a través de la modernización de su mecanismo de asignación de recursos, contribuyendo a desarrollar e implantar un esquema institucional basado en la ODI y en las oficinas sectoriales e instituciones que participan en el proceso de inversión pública. El Sistema de Inversión en Salud constituye el primer paso en esta dirección.

financiarán las consultorías para la formulación de los planes estratégicos a nivel central y local y la conformación y capacitación de equipos de trabajo en los ámbitos locales (DISA y redes de establecimientos).

b) Subcomponente de fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica

- 2.29 Una de las funciones claves del MINSA que hasta el momento ha sido desatendida es el análisis epidemiológico necesario para la definición de políticas, determinación de prioridades de salud y asignación de recursos. El objetivo de este subcomponente es fortalecer y adecuar el sistema de vigilancia epidemiológica a las intervenciones prioritarias en el área materno-infantil y de salud pública. El programa financiará: a) el diseño e implantación de subsistemas de vigilancia en mortalidad materna y perinatal y enfermedades transmisibles; b) servicios de consultoría y capacitación para el apoyo del sistema en comunicación, información y laboratorio; c) capacitación en análisis de información epidemiológica al nivel nacional, DISA y redes; y d) mejoramiento del sistema de registro de estadísticas vitales.

c) Subcomponente de modernización de la gestión de los establecimientos de salud

- 2.30 Para asegurar la respuesta de la oferta a las nuevas demandas creadas en función del SMI e incentivar el incremento de la productividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos, así como el control social sobre su utilización, el programa apoyará la continuación de experiencias exitosas de creación de CLAS. Como se describió en el capítulo I, los CLAS, además de la participación comunitaria en la gestión de servicios, permiten mayor flexibilidad en el manejo de recursos humanos y presupuestales en comparación a los establecimientos públicos no organizados bajo el modelo CLAS.
- 2.31 Inicialmente se financiarán propuestas para: a) adecuar el modelo CLAS para su funcionamiento en establecimientos articulados en redes de servicios; y b) sistematizar las experiencias de fortalecimiento gerencial en las aplicaciones iniciales introducidas bajo el PFSS, y programas financiados por las agencias internacionales. En base a estos estudios, un plan de acción de desarrollo de CLAS y fortalecimiento gerencial será preparado para las redes que se incorporarán al SMI.
- 2.32 El plan de acción comprenderá asistencia técnica, capacitación y talleres para llevar a cabo las siguientes actividades: a) delimitación de la red; b) creación de mecanismos de participación comunitaria en base al modelo CLAS; c) desarrollo y aplicación del nuevo modelo de gestión; d) flexibilización de contratos de personal y desarrollo y operación de un sistema de monitoreo y supervisión del desempeño del personal; e) desarrollo y operación de sistemas administrativos de logística, recursos humanos, contabilidad y mantenimiento; f) desarrollo y operación de un sistema de planificación y programación sanitaria, y g) desarrollo de mecanismos de compra y venta de servicios de otros proveedores, empezando con los servicios materno-infantiles prestados por ESSALUD en áreas donde esta modalidad sea costo-efectiva.

4. Administración del programa (US\$2,7 millones)

- 2.33 Los órganos de línea así como las entidades descentralizadas del MINSA serán responsable de la ejecución de las actividades del programa, y serán apoyadas por una unidad coordinadora que administrará, tanto el préstamo del BID como el del Banco Mundial. El proyecto financiará el funcionamiento de esta unidad que incluirá: un coordinador general del programa, quien coordinará con las diferentes unidades funcionales del MINSA, y supervisará todas las actividades del programa; una unidad administrativa, que será responsable por el seguimiento financiero-contables, por las actividades operativas y de apoyo del programa, y una unidad técnica que suministrará asistencia técnica continua, control de calidad, monitoreo, y coordinación de todas las actividades dirigidas a la definición de políticas, planes y programas (ver capítulo III para mayor detalle). El programa también financiará los honorarios de consultorías que podrían ser utilizadas para apoyar los procesos de adquisición.

E. Costo y financiamiento del programa

1. Costo del programa

- 2.34 El costo total del programa se ha estimado en el equivalente de US\$125 millones, incluyendo un préstamo con recursos de capital ordinario por US\$87 millones. Su desglose y las fuentes de financiamiento se presentan en el cuadro II-4.

<p align="center">Cuadro II-4 PROGRAMA DE DESARROLLO DEL SECTOR SALUD – SEGURO MATERNO-INFANTIL (PE-0146) CUADRO DE COSTOS TOTALES (miles de US\$ equivalentes)</p>				
CATEGORÍA DE GASTOS	BID	LOCAL	TOTAL	%
1. ADMINISTRACIÓN	1.126	1.540	2.666	2.2
1.1 Unidad Coordinadora	1.126	1.540	2.666	2.1
2. COSTOS DIRECTOS	81.006	24.798	105.804	84.6
2.1 Mejoramiento de los Servicios de Salud	75.343	22.925	98.268	78.6
- Implantación del SMI	51.458	22.213	73.671	58.9
- Inversiones	23.885	712	24.597	19.7
2.2 Desarrollo de Instrumentos de Política	2.007	602	2.609	2.1
2.3 Modernización Institucional	3.656	1.271	4.927	3.9
3. COSTOS CONCURRENTES	1.576	1.540	3.116	2.5
3.1 Apoyo al proceso de adquisiciones	1.576	0	1.576	1.3
3.2 Mantenimiento de obras y equipos nuevos	0	1.540	1.540	1.2
SUBTOTAL	83.708	27.878	111.586	89.3
4. IMPREVISTOS	2.421	990	3.411	2.7
5. COSTOS FINANCIEROS	870	9.133	10.003	8.0
5.1 Intereses	0	8.123	8.123	6.5
5.2 Comisión de Crédito	0	1.010	1.010	0.8
5.3 F.I.V.	870	0	870	0.7
TOTAL	87.000	38.000	125.000	100.0
% por fuente	70	30	100	0.0

2. Plan de financiamiento

- 2.35 El programa requiere que el prestatario aporte US\$38 millones en los tres años de ejecución lo que se dará de forma incremental, partiendo de US\$4 millones en el primer año, llegando a US\$23 millones en el último año. Para el año 2000, el gobierno ha presupuestado US\$10 millones, cifra suficiente para atender las necesidades del primer año de ejecución. En vista que los montos anuales requeridos para los años restantes son cifras manejables en relación con el gasto público anual en salud, no se anticipan problemas desde el punto de vista de capacidad del prestatario para cubrir los aportes requeridos. Por otro lado, el Fondo para el Desarrollo Internacional de OPEC ha otorgado al Perú un préstamo por US\$8 millones para ser usados en el financiamiento de las actividades previstas en esta operación. Estos fondos serán considerados parte de la contrapartida local.
- 2.36 El financiamiento del Banco, por un monto de US\$87 millones, provendrá del Capital Ordinario, procedentes de la Facilidad de Moneda Única, en dólares. Esos fondos cubrirán un 70% de las necesidades del programa. La matriz de financiamiento 70%/30% se aplica en vista que el programa está dirigido a la atención primaria de salud. El cuadro II-5 presenta las condiciones del préstamo:

Cuadro II-5 CONDICIONES DEL PRÉSTAMO	
Fuente de fondos:	Capital Ordinario
Monto:	US\$87 millones
Condiciones:	
Periodo de amortización	25 años
Compromiso de fondos	2,5 años
Desembolsos	3 años
Tasa de interés	Variable
Comisión de crédito:	0,75% por año sobre los montos no desembolsados
Inspección y Vigilancia:	1% del monto del préstamo
Moneda:	Dólares de los Estados Unidos, de la Facilidad de Moneda Única.

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Marco institucional

1. Prestatario y organismo ejecutor

- 3.1 El prestatario será la República del Perú y el organismo ejecutor el Ministerio de Salud (MINSA), quien implementará todas las actividades del programa por medio de sus diferentes órganos de línea y órganos descentralizados. Para la administración del programa, el MINSA contará con el apoyo de una Unidad Coordinadora del Programa (UCP).
- 3.2 Para apoyar a la Alta Dirección del MINSA se creó, por decreto ministerial No. 052-98-SA, la Unidad de Coordinación para la Modernización del Subsector Público de Salud (UCM) encomendándole la conducción, monitoreo y seguimiento de las actividades para la modernización del subsector público de salud. Por lo tanto, le corresponderá a la UCM mantener el vínculo directo con el Ministro y el Viceministro de Salud en: a) formular, evaluar y ajustar las políticas y lineamientos generales para la ejecución del programa en el marco del desarrollo del subsector público, y b) asegurar la coherencia entre los diferentes proyectos en ejecución en el subsector, al igual que la coordinación necesaria en la ejecución de las actividades realizadas, tanto por las diferentes instancias del nivel central del MINSA como por las Direcciones Regionales de Salud (DISA).

2. Estrategia de ejecución del programa

- 3.3 Dado que el proceso de reforma requiere continua revisión y ajuste de la estructura institucional y organizacional, así como el rediseño de procesos y mecanismos para la operación de los programas y proyectos, la estrategia de ejecución del programa se basa en un enfoque flexible y se sustenta en una combinación de los siguientes elementos: a) la definición detallada de actividades a realizarse durante el primer año y la definición general de aquellas a realizarse en los años siguientes, y b) el monitoreo de las decisiones y temas importantes, que será realizado a partir de revisiones periódicas de los planes de acción y de los indicadores acordados.
- 3.4 Es importante enfatizar que la ejecución del programa será responsabilidad primaria de los diferentes órganos de línea y órganos descentralizados del MINSA con el apoyo de servicios temporales de consultoría para temas específicos del proceso de implementación de la reforma contratados a través del programa y, de ser necesario, financiando transitoriamente el pago total o parcial de nuevos funcionarios de planta de los órganos del MINSA que estarán comprometidos en la ejecución del programa. Esta estrategia evitará la creación de una estructura paralela para la ejecución del programa y, fundamentalmente, tendrá como propósito aprovechar la ejecución del programa como un medio para fortalecer y/o crear nuevas capacidades en las organizaciones del sector, así como institucionalizar estructuras y procesos más modernos, eficaces y eficientes que den plena sostenibilidad a la reforma del sector.

B. Estructura organizativa, responsabilidades y marco operativo para la ejecución del programa

- 3.5 Para la ejecución, se clasificaron las actividades del programa en tres grandes rubros que son: a) actividades propias de la prestación de servicios de atención

materno-infantil; b) actividades relacionadas a las inversiones físicas (obras civiles y equipamiento) que apoyarán la prestación de los servicios materno-infantiles; y c) actividades relacionadas a consultorías y otros servicios para el apoyo de los otros componentes del programa. En este contexto, se ha preparado el siguiente esquema de ejecución.

1. Actividades del SMI

- 3.6 La prestación de los servicios será responsabilidad de las unidades de salud que, funcionando en calidad de redes de atención (puestos y centros de salud ligados a hospitales de referencia), atenderán a las madres y niños afiliados al seguro siguiendo lineamientos y protocolos de atención establecidos para garantizar una atención de calidad estandarizada.
- 3.7 El financiamiento de los costos de operación llegará a las unidades (redes) de atención por la vía de las DISA que son las autoridades de salud a nivel departamental. El programa ejecutará los recursos canalizando pagos a las DISA, sustentados en las solicitudes de reembolso que el SMI revisará y aprobará, basado en los acuerdos de gestión que se establecerán previamente. Los gastos a reconocer serán: a) por afiliar gestantes o niños al SMI; b) por control prenatal y por control de niño sano, y c) por otras prestaciones como complicaciones del embarazo, atención del parto, y complicaciones obstétricas. Los montos a reembolsar se harán sobre la base de un tarifario y contra cumplimiento de metas.
- 3.8 Para ejecutar y administrar sus operaciones será conformada una unidad SMI que será estructurada como un órgano de línea del MINSA, dependiente de la Alta Dirección y que se regirá por un Reglamento de Organización y Funciones (ROF). Para contar con integralidad operativa, el SMI será responsable tanto de supervisar la prestación de servicios como de autorizar y efectuar los reembolsos. Asimismo, tendrá la responsabilidad de coordinar la ejecución de las actividades de asistencia técnica relacionadas al SMI. En forma inicial, se ha previsto que el SMI contará, a nivel central, con una Dirección Ejecutiva, la cual se apoyará en una Subdirección de Operaciones, una Subdirección de Control y Auditoría, una Unidad de Información y una Unidad de Planificación y Financiamiento. A nivel de las DISA, el SMI contará con una Dirección Ejecutiva Regional que, a su vez, se apoyará en una Subdirección de Supervisión y Auditoría y una Subdirección de Mercadeo y Promoción de la Salud. La estructura propuesta para la organización del SMI se encuentra en los archivos técnicos del proyecto. **La conformación y puesta en marcha de esta unidad SMI será condición previa al primer desembolso.**

2. Inversiones del programa

- 3.9 Los recursos de inversión del programa serán ejecutados a través de un Fondo de Inversión del Programa (FIP) que será establecido e institucionalizado en el MINSA en el contexto del Sistema de Inversión Pública en Salud, sistema que se desarrollará progresivamente en cumplimiento de los objetivos del Programa de Mejoramiento del Mecanismo de Programación de la Inversión Pública que viene ejecutando el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a través de la Oficina de Inversiones (ODI).

- 3.10 Dentro del MINSA, el sistema de inversiones en salud funcionará mediante un Comité de Inversiones que se encargará de revisar que las solicitudes para el financiamiento de obras y adquisición de equipos se conformen al reglamento operativo en el cual se establecen las líneas de inversión a las que se podrá acceder, y los criterios de evaluación y priorización para la selección de proyectos de inversión. Estos criterios fueron formulados en función de los servicios cubiertos por el SMI. Este reglamento operativo será complementado con guías metodológicas para la formulación y evaluación de los diversos tipos de proyectos de salud. **La formación oficial del Comité de Inversiones, y la puesta en vigor del reglamento operativo del FIP serán condiciones previas al primer desembolso.**
- 3.11 Con el propósito de vincular las inversiones a las necesidades del programa materno-infantil, el proyecto hará un estudio de dimensionamiento de las necesidades de inversión en cada una de las áreas en las que se irá estableciendo el SMI. Los estudios de dimensionamiento se irán preparando de acuerdo a la priorización de las áreas en las que se establecerá el SMI. En la preparación de estos estudios participarán activamente los establecimientos de salud quienes identificarán sus necesidades de inversión, y sobre la base de criterios del reglamento operativo del fondo, formularán sus solicitudes para el financiamiento. En el nivel intermedio, las DISA se encargarán de canalizar las solicitudes de financiamiento de proyectos que respondan a los objetivos establecidos en sus planes de salud. El esquema operativo del sistema de inversiones encuentra en los archivos técnicos del proyecto.
- 3.12 Durante la preparación de este proyecto se realizaron nueve ejercicios de esta naturaleza que han servido de base para estimar el monto y tipo de inversiones necesarias en cada red de servicios.

3. Otras actividades y servicios de asistencia técnica

- 3.13 Las actividades complementarias del SMI diseñadas para aumentar la calidad de los servicios, adecuar la oferta a las preferencias socioculturales y proveer información a los usuarios serán ejecutadas mediante contratación de firmas consultoras. De igual manera, las actividades de asistencia técnica, adquisición de bienes, obras y servicios correspondientes a los subcomponentes de atención a poblaciones dispersas y salud ambiental, así como los componentes de desarrollo de instrumentos de política y de modernización institucional, también serán ejecutadas mediante la contratación de los servicios de firmas consultoras y consultores individuales. Como se planteó anteriormente, de ser necesario, el programa podrá financiar transitoriamente el pago total o parcial de los salarios de nuevos funcionarios de planta de los órganos del MINSA que estarán comprometidos en la ejecución del programa.
- 3.14 En vista que las actividades que serán llevadas a cabo en los componentes de políticas y desarrollo institucional representan actividades que formarán parte de la responsabilidad diaria de las unidades funcionales del MINSA, serán éstas las encargadas de preparar los términos de referencia de las consultorías, de su supervisión, y del análisis de los resultados. Estas unidades de línea asumirán sus respectivas responsabilidades con el apoyo y la asistencia técnica de consultores individuales y de firmas consultoras contratadas por el programa.

C. Administración del proyecto

- 3.15 Para asegurar la coordinación y coherencia de todas las actividades del proyecto, este contará con una Unidad Coordinadora del Programa (UCP) que tendrá las siguientes funciones básicas: a) planear y programar todas las actividades del programa en los aspectos técnicos, financieros y administrativos, en coordinación con las instancias pertinentes en el MINSA; b) brindar asistencia técnica a los órganos de línea del MINSA como apoyo para la adecuada ejecución de las actividades bajo su responsabilidad, incluyendo el apoyo para preparar y coordinar los procesos de adquisición de obras, bienes y servicios; c) monitorear en forma periódica los resultados e impactos del programa y presentar a la alta dirección del MINSA las sugerencias y recomendaciones pertinentes para asegurar una adecuada ejecución, y d) llevar los registros contables del programa y preparar y presentar al Banco los informes que sean necesarios.
- 3.16 La UCP tendrá una organización básica constituida por un coordinador general y dos unidades de apoyo, una de carácter técnico y otra de carácter administrativo. Asimismo, contará con presupuesto para contratar apoyo puntual en cualquier área, administrativa o técnica, en especial para evaluación y auditoría del proyecto.
- 3.17 La Unidad Administrativa, a cargo de un coordinador administrativo, tendrá la responsabilidad de los registros y controles financiero-contables así como el apoyo logístico en la adquisición de bienes y servicios y contratación de obras. El proyecto pretende usar, en lo posible, consultorías especializadas en estos procesos
- 3.18 La Unidad Técnica, a cargo de un coordinador técnico, tendrá la responsabilidad principal de apoyar a las unidades funcionales, tanto a nivel central como local, en la definición de términos de referencia, en la selección y en la contratación de servicios de asistencia técnica, metodológica y operativa para asegurar la adecuada ejecución del programa. Desarrollará sus funciones a través de consultorías puntuales que actuarán como apoyo a la coordinación, planificación y supervisión del programa en sus tres componentes.
- 3.19 El coordinador general del programa, que será nombrado por el Ministro de Salud, participará, cuando sea requerido, en los grupos de trabajo y/o reuniones de la Unidad de Coordinación de la Modernización del Subsector Público de Salud.

D. Procedimiento para contratación y adquisición de bienes, servicios y obras

- 3.20 Las adquisiciones de bienes y servicios y las contrataciones de obras de construcción se llevarán a cabo conforme a los procedimientos estipulados en el Anexo B del Contrato de Préstamo. La licitación pública internacional será obligatoria para adquisiciones cuyo valor exceda US\$250.000 para bienes y servicios, y US\$3 millones para obras de construcción. Estos límites se justifican basado en la experiencia en el país con proyectos similares que indica que licitaciones por encima de estos montos propician la participación internacional. Las licitaciones por debajo de los límites se harán en conformidad con la legislación nacional. Podrán restringirse al ámbito nacional aquellas adquisiciones y contrataciones que se financien con la contrapartida local, y las adquisiciones que por su naturaleza, sean justificadas y aceptadas por el Banco. En el Anexo III-1 se presenta el plan preliminar de las principales adquisiciones del programa.

- 3.21 La selección y contratación de los servicios de consultoría del programa se realizarán en conformidad con los procedimientos del Banco, tal como se establece en el Anexo C del Contrato de Préstamo.
- 3.22 En el caso de la contratación de servicios de consultoría que sean financiados con cargo a la contrapartida y por montos inferiores al equivalente de US\$100.000, el Banco podrá revisar y tomar nota a posteriori de los nombres, antecedentes, términos de referencia y honorarios de los consultores. En todos los demás casos el Banco efectuará la revisión y aprobación antes de la contratación. El monto definido como límite podrá ser modificado según las necesidades de ejecución del programa, conforme a los resultados de las revisiones anuales.

E. Calendario de desembolsos

- 3.23 En conformidad con el programa de ejecución, a continuación se presenta el programa tentativo de desembolsos de los recursos del préstamo y de la contrapartida local:

<p align="center">Cuadro III-1 CALENDARIO DE DESEMBOLSOS (miles de US\$ equivalentes)</p>					
Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Total	%
BID	21.526	31.167	34.307	87.000	70
Local	4.158	10.850	22.992	38.000	30
Total	25.685	42.017	57.299	125.000	100
%	21	34	45	100	

- 3.24 Como condición previa al primer desembolso, el prestatario deberá presentar evidencia, a satisfacción del Banco, de que se ha acordado el mecanismo de transferencia de recursos del financiamiento al MINSA por medio de una cuenta bancaria especial en divisas a nombre del ejecutor y del Programa en un Banco de su preferencia, en la cual se depositarán los recursos del financiamiento mediante la mecánica del fondo rotatorio.

F. Fondo rotatorio

- 3.25 Con base en el tipo de actividades a ejecutar y al ritmo previsto para la ejecución de este programa durante el primer año, se recomienda que se constituya un fondo rotatorio de hasta el equivalente al 5% del financiamiento o sea US\$4.35 millones.
- 3.26 Se ha previsto que se utilizarán recursos del financiamiento del Banco hasta el equivalente de US\$500.000 para reintegrar los gastos desembolsados para la preparación del programa. Además se prevé el reconocimiento de hasta US\$1 millón, con cargo a la contrapartida local, de gastos que serían realizados por el MINSA en actividades iniciales del programa. Este reconocimiento de gastos se hará de acuerdo a los procedimientos del Banco.

G. Seguimiento del Banco durante la ejecución del programa

- 3.27 El seguimiento y evaluación permitirán la identificación de problemas y la oportuna introducción de cambios necesarios para la exitosa ejecución del programa. La metodología de seguimiento y evaluación estará basada en los hitos del programa (Anexo II-1) y la información correspondiente será compilada de

acuerdo a las responsabilidades y modalidades acordadas con el Banco. La Representación del Banco en el Perú efectuará el seguimiento del avance general del programa. En principio, el seguimiento y evaluación se hará de acuerdo al siguiente programa:

1. Reunión de puesta en marcha

- 3.28 En un período no mayor a tres meses después que el préstamo sea declarado elegible para desembolsos, el prestatario, con la asistencia del Banco, llevará a cabo un seminario-taller de puesta en marcha del programa. El evento contará con la asistencia del personal que estará a cargo de la ejecución de las actividades del programa, así como otros participantes en la ejecución. El contenido, duración y otros aspectos será acordado con el Banco antes del primer desembolso. El plan operativo preliminar para el primer año del programa se encuentra disponible en los archivos técnicos.

2. Reuniones anuales de seguimiento

- 3.29 Durante la última semana de febrero de cada año, el MINSA presentará un informe de avance de la ejecución del programa, identificando el estado de cumplimiento de las metas anuales. Este informe de avance servirá de base para la reunión anual de seguimiento del programa a efectuarse durante la tercera o cuarta semana del mes de abril de cada año. De esta manera, se podrán incorporar los ajustes necesarios en la propuesta de presupuesto MINSA para el año subsiguiente, la cual deberá ser presentada al MEF durante el mes de mayo o junio de cada año.
- 3.30 En forma preliminar se han definido los siguientes aspectos para ser tratados durante las revisiones anuales:
- a. Revisión de la ejecución del programa durante el año anterior, incluyendo las actividades ejecutadas, el gasto efectuado y el cumplimiento de metas anuales.
 - b. Evaluación de los mecanismos de ejecución y coordinación del programa, con especial énfasis en el plan operativo del año y su concordancia con los términos de referencia de las firmas contratadas para apoyar la ejecución.
 - c. Revisión técnica de los productos, informes de avance e informes finales de las diferentes firmas consultoras y consultorías individuales contratadas.
 - d. Revisión técnica y evaluación de las conclusiones y recomendaciones generadas para ajustar la ejecución del programa a fin de lograr los objetivos propuestos.
 - e. Consideración de las nuevas propuestas de política y estrategia formuladas por la Alta Dirección con apoyo de las direcciones funcionales involucradas en la ejecución del programa.
 - f. Generación de consensos y definición del plan operativo para el año siguiente, a partir de las consideraciones anteriores.
 - g. Ajuste de metas y definición de las medidas correctivas a tomar en función de la adecuada coordinación, administración y ejecución del programa.
- 3.31 Las reuniones anuales de seguimiento serán conducidas por la Representación del Banco en el Perú con el apoyo del equipo de proyecto con base en la Sede.

3. Evaluación de los elementos accionadores

- 3.32 Una vez que se haya desembolsado el 75% de los recursos del préstamo, el Gobierno de Perú y el Banco realizarán una evaluación de los resultados obtenidos por el programa en relación a los indicadores de monitoreo acordados como elementos accionadores (Anexo I-1) lo cual constituirá la base para el procesamiento del financiamiento de la segunda fase de la operación.

4. Evaluación ex post

- 3.33 El país ha indicado que para esta primera fase del programa no se considera necesaria una evaluación ex post, especialmente cuando se han establecido mecanismos de monitoreo específicos para los principales temas de salud que serán abordados por el programa.

H. Auditoría externa

- 3.34 Durante el período de ejecución, el ejecutor presentará anualmente los estados financieros del programa debidamente auditados por una firma de auditores independientes, aceptable al Banco, seleccionada por concurso público a través de la Contraloría General de la República del Perú.

IV. BENEFICIOS Y RIESGOS

A. Beneficios del programa

1. Impacto sanitario

- 4.1 Los principales beneficios del programa están asociados a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil. El mejoramiento de la atención materno-infantil, como demuestran estudios realizados en otros países de la región, es una de las inversiones que generan mayores ganancias en salud. Estos estudios⁵ demuestran que el mejoramiento del acceso y la calidad de servicios básicos de salud en zonas de bajos ingresos puede ahorrar alrededor del 10% de la carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por incapacidad. El caso de México sugiere que el mejoramiento de la atención materno-infantil resultaría en un ahorro promedio de 47 años de vida saludable por cada 100 beneficiarios/año.
- 4.2 Aunque no existen estimados de la carga de enfermedad para el Perú que permitan calcular el beneficio sanitario en términos de número de años de vida saludables, los datos disponibles permiten estimar el número de muertes evitadas anuales. Una vez el SMI esté plenamente implantado a nivel nacional (al final del quinto año), el incremento en cobertura de atención a la gestante resultará en 900 muertes evitadas por año y una reducción de la mortalidad materna de 265 a 128 por cien mil nacidos vivos. A su vez, el aumento en la cobertura de niños menores de cuatro años, resultará en 23.400 muertes evitadas al año, contribuyendo a una reducción de la mortalidad en la niñez de 59 a 49 por mil nacidos vivos.

2. Impacto económico

- 4.3 Este es un programa de acciones altamente costo-efectivas, ya que con una inversión adicional de US\$40 por beneficiario potencial por año (mujeres en edad fértil y niños entre 0 y 4 años), se evitarán 24.300 muertes. De esta manera, el proyecto contribuirá al aumento de la eficiencia en la utilización de los recursos del sector, focalizando el gasto hacia intervenciones costo-efectivas.
- 4.4 Además de dirigir el gasto hacia el financiamiento de servicios costo-efectivos, el proceso de reforma mejorará la eficiencia en la asignación de recursos y la eficiencia interna del sistema a través de las siguientes acciones: a) fortalecimiento de la capacidad normativa, administrativa y de planificación del MINSA a distintos niveles; b) mejoramiento de la gestión de los servicios e introducción de incentivos a la eficiencia y productividad mediante acuerdos de gestión y nuevos mecanismos de pago, y c) mejoramiento en la capacidad resolutoria de los establecimientos, disminuyendo la necesidad de derivar pacientes a niveles más complejos y más caros.

3. Impacto social

- 4.5 Además de prevenir la muerte de la mujer gestante, el programa también generará otros impactos sociales y económicos importantes. Cuando muere una mujer, las familias pierden la contribución de la mujer en el manejo del hogar y la atención que provee a los niños y otros miembros de la familia; la economía pierde la

⁵ Ver: "Economía y Salud", vol. 11 (México, D.F: FUNSALUD, 1994) y "La carga de la enfermedad en Colombia" (Ministerio de Salud, Bogotá, 1994). Ver también BID, Paraguay, Programa de reformas de la atención primaria de salud (PR-2194).

contribución de la mujer en la fuerza laboral; y las comunidades pierden un miembro vital cuyo trabajo no remunerado es fundamental para la vida comunitaria. Los salarios y el trabajo de las mujeres dentro del hogar –los cuales a su vez dependen de que las mujeres se mantengan saludables– cada vez revisten mayor importancia. Además, el número de mujeres jefes de hogar se está incrementando en el Perú – casi 20% de los hogares están a cargo de mujeres y muchos de ellos incluyen niños pequeños. La muerte materna también amenaza la salud, el bienestar y aún la supervivencia de los hijos: estudios han mostrado que los hijos huérfanos tienen menos posibilidades de alcanzar mayor educación y atención en salud a medida que crecen. Investigaciones también muestran que las mujeres, más regularmente que los hombres, emplean sus ingresos para mejorar el bienestar de su familia a través de alimentación adicional, mejor atención de la salud y provisión de suministros escolares para los hijos. El SMI, al reducir las barreras económicas, físicas y socioculturales al servicio, prevendrá estas pérdidas de vida, productividad y capacidad tanto en la actual generación de madres como en la futura generación de niños.

- 4.6 La población indígena del Perú es vasta, estimada en por lo menos 40% de la población total en base de criterios lingüísticos. El peso de la morbilidad y mortalidad materna en comunidades indígenas es oneroso. La mitad de la población tiene menos de 14 años y muestran una tasa global de fecundidad muy por encima del resto del país, entre 7 y 11 hijos por mujer en promedio. El programa responderá a estas poblaciones con estrategias específicas para la reducción de barreras socioculturales a los servicios de salud, así como pilotos en la provisión de servicios a comunidades muy alejadas y dispersas, que son en su mayoría indígenas.

4. Impacto en la equidad y pobreza

- 4.7 **Equidad social:** Por sus impactos económicos y sociales y las estrategias de focalización, el proyecto creará las condiciones para una mayor equidad social tanto en la distribución progresiva del subsidio del Estado como en las estrategias de atención de servicio. En cuanto a la distribución del subsidio público, la implantación de los regímenes contributivos y subsidiados contribuyen a la ampliación de la cobertura del sistema de seguridad social para poblaciones con capacidad de pago, liberando así recursos para el subsidio de poblaciones en pobreza extrema. Asimismo, la implantación del SMI representará una reasignación de recursos hacia grupos vulnerables. Los servicios cubiertos por el SMI serán brindados a través de los puestos y centros de salud del MINSA donde se atienden mayormente los quintiles más pobres de la población.
- 4.8 **PTI:** El proyecto clasifica automáticamente como PTI por su apoyo a la atención primaria en salud. Los servicios materno-infantiles representan un elemento clave de la estrategia de atención primaria adoptada por los países miembros de la Organización Mundial de Salud en Alma Ata en 1977.

5. Impacto ambiental

- 4.9 El programa tendrá un impacto ambiental positivo. Las obras civiles contempladas en el programa serán principalmente dirigidas a la rehabilitación de infraestructura existente y, por lo tanto, se estima que su impacto sobre el medio ambiente será mínimo. Sin embargo, las normas para la rehabilitación de los establecimientos de

salud incluyen la implantación de sistemas de manejo de residuos. Asimismo, el subcomponente de salud ambiental capacitará a comunidades en la desinfección de agua y alimentos, financiará servicios de consultoría y capacitación de gestión en salud ambiental y gestión de riesgos. Actividades dirigidas a la prevención de enfermedades transmisibles como malaria, Chagas y fiebre amarilla también contribuirán al mejoramiento de las condiciones de salud del entorno ambiental.

B. Riesgos

1. Sobredemanda de servicios

- 4.10 Los pilotos del SMI en Tacna y Moyobamba han generado un rápido e importante incremento en el uso de los servicios. Esto implica que en zonas menos desarrolladas, la utilización puede exceder la capacidad de respuesta de los servicios. Para mitigar este riesgo, el programa incluye una fase de creación de condiciones necesarias para una entrega de servicios de calidad en cada área. Asimismo, la baja productividad actual indica que existe capacidad ociosa que, en el corto plazo, puede ser habilitada para responder a la demanda.

2. Capacidad de ejecución

- 4.11 Como en todo programa de esta naturaleza, que requiere la participación de múltiples y variados actores, hay un riesgo implícito de capacidad de ejecución y coordinación. Desde el punto de vista organizacional, el programa requerirá que algunas unidades orgánicas existentes se consoliden en una sola para conformar el SMI, y se establecerán nuevas unidades tales como el mismo SMI y el Sistema de Inversiones en Salud. Asimismo, se requerirá que unidades descentralizadas participen activamente en un programa que inicialmente será coordinado por el nivel central. Este riesgo de capacidad de ejecución es mitigado de diferentes formas: por un lado, la expansión de las actividades del SMI se ha programado de manera paulatina para dar lugar a las actividades de preparación y capacitación que deben preceder a la expansión; por el otro, las unidades orgánicas del MINSA y de las DISA que participarán en la ejecución serán apoyadas por una unidad de coordinación que construirá sobre la experiencia obtenida en la ejecución de otros proyectos con financiamiento internacional; por último, el sentido de compromiso de las autoridades a todos los niveles asegura una activa participación en el plan de implementación de las actividades del programa. Por lo anterior, el equipo de proyecto no anticipa mayores problemas en la ejecución de todas las actividades previstas.

3. Sostenibilidad en el corto y mediano plazo

- 4.12 La expansión total del SMI al nivel nacional, que se completará en los cinco años siguientes al inicio de actividades del programa, implicará un gasto total anual del orden de US\$92 millones para el gobierno. De este monto, se estima que el 80% representará gastos variables incrementales, lo que implica que a partir del año 2005 el gobierno deberá haber incrementado el gasto en servicios materno-infantiles en aproximadamente US\$74 millones anuales. Esta cifra parece manejable cuando se compara con el gasto público total en salud, actualmente US\$970 millones, ya que significa un aumento de sólo 7,6%. El compromiso del país de apoyar el incremento en el gasto en atención primaria se ve reflejado en el acuerdo que el gobierno esta concertando con el Banco Mundial en la matriz de

condicionalidad del préstamo de ajuste estructural que establece que para el año 2000 se habrá aumentado el gasto en atención primaria en un 20%. Por otra parte, el préstamo incluye el desarrollo de una propuesta de nuevos mecanismos de movilización y asignación de recursos para asegurar la sostenibilidad del programa a mediano plazo. Entre las actividades claves de la propuesta está la identificación de posibles eficiencias y ahorros en los hospitales nacionales, que permitan reasignar recursos a la atención primaria.

4. Cambios en la agenda de reforma

- 4.13 La ejecución del programa empezará el último año de esta administración, lo que implica el riesgo de no contar con un apoyo político similar en el mediano plazo. Este riesgo es mínimo en relación al SMI sobre el cual hay amplio consenso y apoyo de todos los donantes internacionales. En cuanto a las otras acciones de reforma, las revisiones anuales del proyecto servirán para discutir y mantener el enfoque del programa.

ELEMENTOS ACCIONADORES PARA EL PROCESAMIENTO DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DEL SECTOR SALUD – SEGURO MATERNO- INFANTIL

Para apoyar la reforma del sector salud en el Perú, el BID utilizaría la modalidad de préstamo de multi-fases. El programa propuesto en este documento apoyará la primera fase de la reforma del sector salud y tendrá una duración de tres años. La segunda fase sería procesada una vez se haya desembolsado el 75% de los recursos del préstamo anterior y se hayan cumplido los hitos detallados a continuación, acordados como elementos accionadores. Estos hitos, que se encuentran en el marco lógico, fueron identificados como los principales indicadores de avance de la reforma. Se espera que la evaluación del cumplimiento de los elementos accionadores sea realizada a mediados del tercer año¹. No obstante, algunos elementos accionadores podrían ser cumplidos con anterioridad a la evaluación.

ELEMENTO ACCIONADOR	MECANISMO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN	JUSTIFICACIÓN PARA LA SELECCIÓN DEL ELEMENTO ACCIONADOR
<p>Seguro materno-infantil (SMI) operando en los 15 departamentos financiados por el préstamo BID, con los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Durante el programa, por lo menos 232.000 partos fueron atendidos por personal de salud capacitado, lo que equivale al 80% de los partos entre las gestantes afiliadas. b) Por lo menos 403.000 de los niños afiliados tienen su esquema de inmunizaciones al día, lo que equivale al 95% de los niños afiliados. c) Por lo menos 50% de la población objetivo de cada departamento se afilió al SMI. 	<p>Evaluación de medio término del SMI (párrafo 2.19)</p> <p>Informes consolidados preparados por cada una de las Direcciones Regionales de Salud (DISA) según el formato acordado, así como evidencia de que los datos de cobertura y actividad fueron validados a través de auditorías periódicas por muestreo.</p>	<p>El SMI es el componente principal del programa. Se medirá su nivel de desempeño a través de indicadores de cobertura comúnmente utilizados para atención materno-infantil. El SMI alcanzará su máxima cobertura en la segunda fase del programa (año 5).</p>
<p>Propuesta global de movilización y asignación de recursos financieros públicos desarrollada para asegurar la sostenibilidad financiera del sector, y plan de acción para implementarla aprobado por el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).</p>	<p>Documento con la propuesta y el plan de acción sometido al Consejo de Ministros por el MINSA y el MEF.</p> <p>La documentación de la propuesta debe contemplar los siguientes aspectos (párrafo 2.20):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificación de eficiencias y ahorros dentro del subsector público, principalmente en el nivel hospitalario, que permitan reasignar recursos hacia la atención materno-infantil, acciones de salud pública y otras intervenciones prioritarias. b) Elaboración de una política tarifaria acompañada de mecanismos efectivos de exoneración de los más pobres, para los servicios no incluidos en el SMI. c) Desarrollo de una metodología de 	<p>El desarrollo de una nueva política de financiamiento es esencial para asegurar el acceso a servicios de salud de manera sostenible. El plan de acción será ejecutado en la segunda fase del programa, y por esta razón se considera su elaboración una actividad preparatoria fundamental.</p>

¹ Las cifras de cobertura del SMI y de número de establecimientos administrados bajo el sistema CLAS contenidas en el marco lógico fueron modificadas para reflejar esta fecha. Estas metas podrán ser menores en hasta 10%.

ELEMENTO ACCIONADOR	MECANISMO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN	JUSTIFICACIÓN PARA LA SELECCIÓN DEL ELEMENTO ACCIONADOR
	<p>asignación geográfica de los recursos subnacionales que privilegie a los departamentos más pobres y a las poblaciones más vulnerables.</p> <p>d) Adecuación de los mecanismos de pago a proveedores y de los indicadores de desempeño utilizados en los acuerdos de gestión, elaborados en base a los resultados de las experiencias en curso, que permitan incentivar la eficiencia del gasto público.</p>	
Propuesta de incorporación de nuevos grupos con capacidad de pago al régimen contributivo y plan de acción para implementarla elaborado.	<p>Documento con la propuesta y el plan de acción validado por la Comisión de Monitoreo de la Seguridad Social en Salud (COMSSS) y aprobado por el MINSA.</p> <p>La propuesta debe contener la evaluación de por lo menos dos pilotos de incorporación de grupos de trabajadores independientes y fijar metas específicas de cobertura (párrafo 2.23).</p>	La expansión de la cobertura del régimen contributivo permitirá aumentar la focalización del gasto público hacia la población pobre. El plan de acción será ejecutado en la segunda fase del programa.
Ley de organización y funciones del MINSA aprobado y en vigencia.	<p>Decreto de ley publicado.</p> <p>La ley debe reflejar al menos los siguientes lineamientos (párrafos 2.26 y 2.27):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Especialización del MINSA en actividades de rectoría del sector; b) definición clara de las funciones y responsabilidades del nivel central y subnacional, incluyendo el local; y c) integración de los programas verticales dirigidos a la población materno-infantil. 	El fortalecimiento de la función rectora del MINSA facilitará la formulación y ejecución de políticas sectoriales que permitan incrementar la eficiencia y equidad de los servicios. La reestructuración del MINSA en función de la nueva ley será ejecutada en la segunda fase del programa.
Aumento del número de establecimientos de salud del primer nivel administrados bajo el modelo CLAS de 372 a 750 en los departamentos financiados por el préstamo BID.	Documentación de acuerdos de administración compartida y contratos de gestión entre los CLAS y el MINSA y/o gobiernos locales.	La constitución de los CLAS es la estrategia principal para modernizar la gestión de los establecimientos públicos de salud y asegurar la participación comunitaria.

Reunión de evaluación

La reunión para evaluar los resultados del segundo año servirá de base para la programación de la evaluación de los elementos accionadores del programa. Durante esta reunión se establecerá la fecha en que se espera que la evaluación tome lugar. Dadas la proyecciones de ejecución del programa, se estima que la evaluación se realizará en julio o agosto del tercer año. Esto permitiría contar con los estados financieros auditados del programa correspondientes al segundo año de ejecución.

En preparación a la reunión de evaluación, el ejecutor, con el apoyo de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), preparará un informe de la situación de los elementos accionadores. Este informe será remitido al Banco con al menos un mes de anticipación a la reunión.

En las reuniones de evaluación participarán representantes de los diferentes niveles operativos del MINSA con responsabilidad de ejecución, así como representantes seleccionados de las Direcciones Regionales de Salud (DISA) y de una muestra de los Consejos Locales de Administración de Salud (CLAS). También participarán representantes del Ministerio de

Economía y Finanzas. Por parte del Banco, participarán la Oficina de País y los miembros del equipo de proyecto asignados al programa.

Los resultados de la evaluación serán discutidos con las autoridades del país que incluirán: la Alta Dirección del MINSA, representantes del MEF, el presidente de la Comisión de Monitoreo de la Modernización de la Seguridad Social, el presidente de la Unidad de Coordinación de la Modernización del Subsector Público de Salud.

MARCO LOGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS CRITICOS
Conocer el estado de salud materno-infantil de la población	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa nacional de mortalidad materna reducida del 265 por cien mil nacidos vivos al 128 por cien mil en el 2005 - Tasa nacional de mortalidad infantil reducida de 47,9 por mil nacidos vivos al 33 por mil en el 2005 	<ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas del MINSA - Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES) 2000 y 2004 - Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto 	
Incrementar la equidad, eficacia, eficiencia y sostenibilidad de los servicios de salud, especialmente los servicios materno-infanciales	<ul style="list-style-type: none"> - El SMI operando en 15 departamentos con por lo menos 205.000 gestantes y 515.000 niños afiliados a fines del año 2002 (estas cifras representan 82% y 85% de la población objetivo, respectivamente). - Durante los tres años del programa, por lo menos 314.000 partos fueron atendidos por personal de salud capacitado, equivalente al 80% de los partos entre gestantes afiliadas. - Por lo menos 489.000 de los niños afiliados tienen su esquema de inmunizaciones al día, equivalente al 95% de los niños afiliados. - El tesoro público está financiado 40% de los gastos variables del SMI en el 2002. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas del MINSA y presupuestos ejecutados - Cuentas Nacionales de Gasto en Salud - Encuestas Nacionales de Estándares de Vida 1999-2002 - Informes de monitoreo del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad y subsidio de servicios clínicos en salud serán suficientes para incentivar la utilización de servicios y reducir la tasa de mortalidad materna - Compromiso del gobierno de aumentar la focalización de las intervenciones en poblaciones pobres
RESULTADOS AL FINAL DEL PROYECTO (2002) Componente 1: Mejoramiento de servicios SMI operando con protocolos estandarizados, servicios de calidad e EC preventivo-promocional	<ul style="list-style-type: none"> - El 75% de gestantes afiliadas al SMI recibieron cuatro controles prenatales - El 80% del personal de salud está capacitado en los protocolos estándares del SMI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes del MINSA e informes de monitoreo del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidad en política sanitaria o gobierno post-2000. - La estrategia SMI es adecuada para aumentar la utilización de los servicios y mejorar la oferta.
Nuevo modelo de atención para poblaciones dispersas implantado en las áreas piloto	<ul style="list-style-type: none"> - Programas pilotos en Huanuco y Amazonas evaluados y plan de expansión del modelo de atención a poblaciones dispersas elaborado 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes del MINSA e informes de monitoreo del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - El modelo de equipo itinerante es adecuado para aumentar la utilización de servicios clínicos y lograr los resultados esperados

MARCO LOGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS CRITICOS
Condiciones insalubres del medio-ambiente mitigadas	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de manejo de residuos operativo en todos los establecimientos cubiertos por el proyecto - Número de comunidades que han recibido capacitación en desinfección de agua y alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes del MINSA e informes de monitoreo del proyecto - Estadísticas del sistema de vigilancia epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Las comunidades participan activamente en los programas de salud ambiental - Condiciones climáticas siguen estables
Establecimientos en departamentos SMI rehabilitados y equipados para proveer el plan de beneficios	<ul style="list-style-type: none"> - Número de establecimientos con capacidad de ofrecer el plan de beneficios a distintos niveles de complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes del MINSA e informes de monitoreo del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de inversiones públicas funciona fluidamente
<p><u>Fronte 2: Desarrollo de instrumentos de política</u></p> <p>Diseño de nuevos instrumentos de política que permitan focalizar del gasto público hacia poblaciones pobres y intervenciones prioritarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de acción para implementar propuesta de movilización y asignación de recursos públicos aprobado por el MINSA y el MEF - Estrategia de incorporación de trabajadores informales al régimen contributivo desarrollada y, por lo menos, dos pilotos implantados y evaluados 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes del MINSA, MEF y COMSS e informes de monitoreo del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Situación macroeconómica estable - Compromiso del gobierno de aumentar focalización del gasto público - Afiliación de trabajadores independientes a precios razonables es factible financieramente para ESSALUD bajo esquemas actuales
<p><u>Fronte 3: Modernización Institucional</u></p> <p>Proceso de modernización institucional en marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de inversión pública en salud establecido en el MINSA y operando y asignando recursos - Programas verticales relacionados con atención materno-infantil integrado - Anteproyecto de ley de organización y funciones del MINSA elaborado - Subsistemas de vigilancia pública para mortalidad materna y perinatal y enfermedades transmisibles operando - Número de establecimientos de primer nivel administrados bajo el modelo CLAS aumenta de 372 a 823. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes del MINSA, MEF e informes de monitoreo del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo del MINSA logra obtener consenso sobre reestructuración institucional - Se utiliza el sistema de inversión pública para inversiones fuera de programa - El modelo de gestión CLAS es factible de extender en red y existe suficiente capacidad regional para establecer una red de servicios integrados
<p>ACTIVIDADES</p> <p>Detalle de estas se encuentra en el plan operativo en los archivos técnicos del proyecto (ver párrafos 3.29 y 3.30 y los técnicos para sus especificaciones)</p>			

MARCO LOGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS CRITICOS
Administración	Montos desembolsados para la administración del programa: Año 1 US\$690.000 Año 2 US\$440.000 Año 3 US\$660.000	Registros contables del programa	La contrapartida nacional será presupuestada y asignada al programa los montos y tiempos adecuados
Desembolsos del SMI	Montos desembolsados de la operación del SMI Año 1 US\$12,0 millones Año 2 US\$24.2 millones Año 3 US\$37,4 millones	Registros contables del programa	Los registros del programa serán mantenidos en forma adecuada y estarán disponibles a discreción del Banco
Inversiones	Licitaciones completas o en proceso hasta por la suma de: Año 1 US\$ 8,2 millones Año 2 US\$10,9 millones Año 3 US\$ 5.3 millones	Registros administrativos y contables del programa	
Consultorías y servicios para los diferentes componentes	Contratos de consultorías y servicios de apoyo completos o en proceso, hasta por la suma de: Año 1 US\$1,5 millones Año 2 US\$2,6 millones Año 3 US\$2,3 millones	Registros administrativos y contables del programa	

SEGURO MATERNO-INFANTIL (SMI)

El Seguro Materno Infantil (SMI) es una estrategia integral de financiamiento y prestación de servicios de salud que busca eliminar las barreras económicas y socioculturales que impiden que las madres y niños de menores recursos utilicen los servicios materno infantiles, al mismo tiempo que promueve el mejoramiento de la capacidad y calidad de estos servicios.

PROPOSITO GENERAL DEL SMI

Contribuir a mejorar la salud materna e infantil en el Perú mediante una estrategia financiera y prestacional que garantice el acceso de las madres y niños menos protegidos a más y mejores servicios de salud materno-infantiles, tanto recuperativos como preventivo-promocionales. El SMI debe eliminar sustancialmente las barreras económicas y socioculturales que impiden que las madres y niños de familias de menores recursos reciban los servicios de salud que necesitan, al mismo tiempo que promueve el mejoramiento de la capacidad y calidad de estos servicios. A largo plazo, el SMI debe generar las condiciones de sostenibilidad de un sistema previsional de salud para los pobladores que no tienen acceso a los sistemas privados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL SMI

1. Incrementar la cobertura de gestantes con control prenatal completo (al menos cuatro controles, proporcionado por personal de salud competente).
2. Incrementar la cobertura de partos atendidos por personal de salud competente.
3. Incrementar la cobertura de madres púérperas con atención institucional (por personal de salud competente, hasta seis semanas después del parto).
4. Reducir la incidencia de prematuridad y bajo peso al nacer.
5. Reducir la mortalidad neonatal temprana intrahospitalaria, al menos la relacionada a asfixia al nacer o infección.
6. Aumentar la cobertura de niños con servicios integrales de salud (control de su crecimiento y desarrollo, vacunas completas, suplemento nutricional de calorías y micronutrientes y atención oportuna y eficaz de las enfermedades prevalentes, en particular diarreas e infecciones respiratorias agudas).
7. Aumentar el número de madres púérperas que han adoptado algún método de planificación familiar por libre elección.

POBLACION OBJETIVO DEL SMI

El SMI busca beneficiar prioritariamente a las madres de las zonas rurales, a las madres más pobres de las zonas urbanas y a las madres que no usan los servicios materno-infantiles por razones de desconocimiento o pobreza. En términos cuantitativos, la población objetivo del SMI al nivel nacional por año son 532.716 gestantes y 1.312.699 niños menores de cuatro años de edad, que representa aproximadamente 80% y 60% de la población total materna e infantil (respectivamente) que se espera tengan un plan garantizado de atención de su salud proporcionado por establecimientos del Ministerio de Salud. La extensión del SMI será gradual con siete departamentos en el primer año del proyecto hasta extenderse al país entero en el quinto año del proyecto.

COMPONENTE PRESTACIONAL

Plan de beneficios del SMI. Los siguientes servicios integrales de salud materno-infantil serán entregados a la población beneficiaria:

- 1) Control prenatal institucional (orientado a la determinación del riesgo obstétrico), atención integral de la salud de la gestante, suplemento nutricional de micronutrientes, preparación para el parto y la lactancia materna y prevención del tétanos neonatal.
- 2) Atención institucional del parto según riesgo obstétrico, utilizando donde sea posible métodos culturalmente aceptados en la región y derivando oportunamente y bajo condiciones óptimas de transporte y acompañamiento, a la parturienta cuando sea necesario por limitaciones de atención del establecimiento.
- 3) Atención institucional del puerperio (hasta seis semanas después del parto) orientado a prevenir complicaciones, ayudar con el inicio y continuación de la lactancia materna y proporcionar suplementos nutricionales a la madre. Financiado bajo otras fuentes, el servicio incluirá consejería y servicios de planificación familiar que la afiliada elija libremente.
- 4) Atención médica de las enfermedades, emergencias y complicaciones que se presenten en la madre durante o como resultado de la gestación, parto o puerperio.
- 5) Atención neonatal básica al recién nacido normal, incluyendo ayuda efectiva con el inicio de la lactancia materna y atención médica de las emergencias y complicaciones que se presenten en el recién nacido.
- 6) Atención integral de la salud del niño pre-escolar, incluyendo control de su crecimiento y desarrollo, consejería y suplemento nutricional, vacunaciones y atención de las enfermedades prevalentes de la infancia, hasta los tres años de edad.
- 7) Traslado del afiliado a otro establecimiento, si lo requiere para resolver el problema de salud por el que se le está atendiendo (siempre y cuando sea dentro del ámbito geográfico de residencia del afiliado).

El paquete financiará el servicio, medicamentos y suministros para cada intervención cubierta. Además, se financiará un programa de capacitación clínica para proveedores en departamentos SMI en los protocolos de salud de la mujer y el niño relevantes al paquete de beneficios del SMI.

COMPONENTE FINANCIERO-ADMINISTRATIVO

Los lineamientos de la propuesta financiera del SMI se basan en los principios de eficacia, equidad y sostenibilidad. La estrategia global financiera del seguro es la siguiente:

Primas de afiliación al SMI. Las gestantes y niños se afiliarán al SMI en forma gratuita si viven en zona o poblado rural. En las zonas urbanas, se cobrará una cuota de afiliación menor a los precios actuales de los servicios materno-infantiles.

Modalidad y reglas de pago del SMI a los proveedores. Los proveedores de servicios de salud materno-infantiles recibirán pagos del SMI a través de acuerdos de gestión que fijarán metas de calidad y producción por una o más de las siguientes razones:

- 1) Por afiliar gestantes o niños al SMI; este pago será retrospectivo.
- 2) Por control prenatal y por control de niño sano; una parte de este pago se hará por adelantado y el resto cuando se haya completado el ciclo del servicio (cuatro controles prenatales por gestante, etc.).
- 3) Por otras prestaciones como complicaciones del embarazo, atención del parto, complicaciones del parto, atención del puerperio, complicaciones del puerperio, atención del recién nacido, complicaciones del recién nacido, problemas de salud del niño menor de cuatro años. La atención del parto normal y la atención del recién nacido normal se pagarán por la atención dada. Las demás prestaciones se pagarán por diagnóstico resuelto.

Los montos a reembolsar en cualquiera de las tres modalidades descritas arriba se harán sobre la base de un tarifario. Estas tarifas, equivalentes a de US\$61,40 por gestante y US\$33,60 por niño, han sido elaboradas en base de estudios de costos hechos en 1998/99. Estas cifras serán revisadas y ajustadas durante el transcurso del proyecto para reflejar los costos reales de la provisión del paquete SMI.

Dadas las limitaciones de un sistema de reembolso por servicio y el peligro de sobredemanda en áreas urbanas, también serán revisadas y ajustadas las modalidades de pago en el transcurso del proceso de implantación. También se plantea pilotear la factibilidad de dos otros esquemas en áreas urbanas con alta capacidad gerencial en el segundo año del proyecto: a) la transferencia de una cifra global a una red de servicios; y b) un sistema de bonos para el servicio materno-infantil público o privado.

Los acuerdos de gestión entre el SMI y los establecimientos generarán incentivos por el cumplimiento de metas relacionadas a un grupo de indicadores de calidad y producción, siempre vigilando los derechos del usuario. Por ejemplo, por alcanzar un determinado número de gestantes con control prenatal completo; por alcanzar un cierto número de partos atendidos institucionalmente; por mantener la proporción de cesáreas dentro de un margen técnicamente aceptable (desincentivando el exceso); por alcanzar un determinado porcentaje de niños con control de niño sano completo; por conseguir y mantener indicadores de calidad de atención.

Aseguramiento de suministros. Se establecerá un fondo inicial que permita abastecer adecuadamente con insumos y medicamentos a los establecimientos, según su capacidad resolutive. Para esto, el SMI proporcionará a los establecimientos un petitorio de medicamentos e insumos, organizado por diagnósticos, según el protocolo de atención. Los establecimientos de salud serán autónomos para hacer sus adquisiciones de medicamentos e insumos médicos, a través de la CTAR, DISA o directorio de CLAS; sin embargo, los establecimientos tendrán el

compromiso de mantener un adecuado y permanente stock de medicamentos e insumos. El SMI promoverá que los establecimientos de salud tengan paquetes o bolsas conteniendo los medicamentos e insumos que se necesitan para ciertas atenciones materno-infantiles, por ejemplo, el Paquete de Parto.

COMPONENTE DE COMUNICACION

Objetivo. Este es un componente importante tanto para la operación exitosa del SMI, a corto y mediano plazo, como para su sostenibilidad a largo plazo. El rol de este componente es minimizar las barreras socioculturales y de falta de información que impiden que las mujeres gestantes utilicen los servicios materno-infantiles y al mismo tiempo promover entre ellas hábitos saludables que contribuyan a disminuir los riesgos previsibles.

Mediante técnicas de mercadeo social se dará a conocer a la comunidad la existencia de este seguro y se promoverá la afiliación de la población beneficiaria. Las afiliadas serán informadas de los derechos y obligaciones que adquieren al afiliarse al SMI, de modo que hagan un buen uso del sistema. El propósito del mercadeo social del SMI será obtener el máximo posible de afiliados dentro de la población objetivo así como conseguir buenos patrones de uso del sistema.

Mediante las actividades de promoción de la salud se buscará promover en las mujeres en edad fértil, conocimientos, actitudes y prácticas saludables relacionadas a su salud reproductiva. Se promoverá también la revalorización del status de la mujer de modo que los miembros de la familia (en particular el esposo) y de la comunidad presten más atención y pongan más interés en cuidar la salud de la mujer, particularmente durante el embarazo y parto. Se educará a las mujeres, la familia y la comunidad acerca de la importancia de la salud materna, acerca de los riesgos que encara toda mujer por el embarazo y parto y acerca de las acciones que deben tomar cuando aparece alguna emergencia o complicación.

La ejecución de las actividades de promoción de la salud deberán hacerse con participación de las ONG locales, las organizaciones comunitarias de base y la sociedad civil, en general. Deberán movilizarse concertadamente promotores de salud, parteras, voluntarios y otros agentes comunitarios que tengan interés genuino en la salud materna e infantil y estén en capacidad de llevar adelante actividades efectivas en la comunidad.

COMPONENTE DE MONITOREO Y EVALUACION

Para medir el progreso del SMI deberán usarse métodos confiables, efectivos y no muy costosos. Medir la mortalidad materna es difícil sea porque las muertes maternas pueden ocurrir fuera del contexto de los establecimientos de salud y no se registran, o porque se registran mal, intencionalmente (abortos, por ejemplo) o desintencionadamente (no se sabe si la mujer estaba o no gestando cuando murió, por ejemplo).

Para reducir la mortalidad materna es más importante entender porqué se produjo la muerte que tener cifras exactas de cuántas muertes maternas se han producido. El estudio de casos proporciona al personal de salud información muy valiosa que ayuda a dilucidar si, por ejemplo, la muerte se produjo por demora en buscar atención o porque la atención dada no fue adecuada.

PROGRAMA TENTATIVO DE ADQUISICIONES

PRINCIPALES ADQUISICIONES DEL PROGRAMA	Financiamiento	Método	Precalif.	Fechas
OBRAS CIVILES (Por un total agregado de US\$15,7 millones)				
<u>Año 1 (US\$4,2 millones)</u>				
	95% BID	LPN	No	II/00
Centros de Salud: Tres llamados por aprox. US\$2,3 millones	95% BID	LPN	No	II/00
Hosp. Loc/Apoyo: Tres llamados por aprox. US\$0,6 millones	95% BID	LPN	No	II/00
<u>Año 2 (US\$ 7,7 millones)</u>				
Puestos de Salud: Cuatro llamados por aprox. US\$2,8 millones	95% BID	LPN	No	I/01
Centros de Salud: Tres llamados por aprox. US\$3,1 millones	95% BID	LPN	No	II/01
Hosp. Loc/Apoyo: Cinco llamados por aprox. US\$1,8 millones	95% BID	LPN	No	II/01
<u>Año 3 (US\$ 3,8 millones)</u>				
Puestos de Salud: Cuatro llamados por aprox. US\$1,1 millones	95% BID	LPN	No	I/02
Centros de Salud: Cuatro llamados por aprox. US\$1,6 millones	95% BID	LPN	No	II/02
Hosp. Loc/Apoyo: Dos llamados por aprox. US\$1,1 millones	95% BID	LPN	No	II/02
BIENES (por un total agregado de US\$8,7 millones)				
Año 1 - Tres lotes equipo médico aprox. US\$2,7 millones	95% BID	LPI	No	II/00
- Un lote equipo informatica aprox. US\$0,5 millones	95% BID	LPI	No	I/00
- Un lote equipo comunicaciones aprox. US\$0,8 millones	95% BID	LPI	No	II/00
Año 2 -Dos lotes equipo médico aprox. US\$3,2 millones	95% BID	LPI	No	I/01
Año 3 -Dos lotes equipo médico aprox. US\$1,5 millones	95% BID	LPI	No	I/02
CONSULTORIAS Y SERVICIOS (por un total agregado de US\$6,4 millones)				
AÑO 1 - Cuatro concursos por aprox. US\$986.000	75% BID	LPI	Si	I y II/00
- Once concursos por aprox. US\$478.000	75% BID	LPN	Si	I y II/00
Año 2 - Concursos varios por aprox. US\$2,6 millones	75% BID	LPI/LPN	Si	I y II/00
Año 3 - Concursos varios por aprox. US\$2,3 millones	75% BID	LPI/LPN	Si	I y II/00

LPI = LICITACION PUBLICA INTERNACIONAL

LPN = LICITACION PUBLICA NACIONAL

FECHA = Semestre del año en que ocurre el evento

PROYECTO DE RESOLUCION

PERU. PRESTAMO ____ /OC-PE A LA REPUBLICA DEL PERU

(Programa de Desarrollo del Sector Salud – Seguro Materno-Infantil
Primera Fase)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios, con la República del Perú, como Prestatario, para otorgarle un préstamo destinado a cooperar en el financiamiento del Programa de Desarrollo del Sector Salud – Seguro Materno-Infantil (Primera Fase). Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$87.000.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los “Plazos y Condiciones Financieras” y a las “Condiciones Contractuales Especiales” del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo a que se refiere el Documento PR-_____.