

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**PERÚ**

**PROGRAMA DE “CREACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD”**

**(PE-L1228)**

**PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Frederico Guanais, Jefe de Equipo (SPH/CPE); Rita Sorio, Jefe de Equipo Alterno (SPH/CPE); Ignacio Astorga (SPH/CGU); Gianluca Cafagna y Sheyla Silveira (SCL/SPH); Gabriele Del Monte, Andres Suarez y Allizon Milicich (VPC/FMP); Louis François Chrétien y Carolina Veríssimo (LEG/SGO); Jasmin Colqui (CAN/CPE); Soraya Senosier (VPS/ESG); Jaime de los Santos y Francisco Allan Quijano (SPD/SMO); y Luz Fernandez Garcia (CSD/CCS).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN DEL PROYECTO .....</b>	<b>1</b>
<b>I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....</b>	<b>2</b>
A. Antecedentes, Problemática y Justificación .....	2
B. Objetivos, Componentes y Costo.....	11
C. Indicadores Claves de Resultados.....	12
<b>II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS .....</b>	<b>13</b>
A. Instrumentos de Financiamiento .....	13
B. Riesgos Ambientales y Sociales .....	15
C. Riesgos Fiduciarios .....	15
D. Otros Riesgos y Temas Clave del Programa .....	16
<b>III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>17</b>
A. Resumen de los Arreglos de Implementación .....	17
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	18
C. Actividades de Diseño luego de la Aprobación .....	19

ANEXOS	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS
<b>REQUERIDOS</b>
1. <a href="#">Plan de Ejecución Plurianual (PEP)</a> y <a href="#">Plan Operativo Anual (POA)</a>
2. <a href="#">Plan de Monitoreo y Evaluación</a>
3. <a href="#">Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)</a>
4. <a href="#">Plan de Adquisiciones</a>
<b>OPCIONALES</b>
1. <a href="#">Análisis Económico del Proyecto</a>
2. <a href="#">Análisis Técnico para la Implementación del Programa de Inversión para la Transformación de las Redes de Salud</a>
3. <a href="#">Central de Servicios Médicos de Apoyo Climáticamente Inteligente</a>
4. <a href="#">Referencias Bibliográficas</a>
5. <a href="#">Borrador del Manual de Operaciones del Programa</a>
6. <a href="#">Filtros ambientales</a>

ABREVIATURAS	
AAS	El Análisis Ambiental y Social
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEM	Centros de Emergencia Mujer
CO	Capital Ordinario
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
GBD	<i>Global Burden of Disease Study</i>
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MGAS	Marco de Gestión Ambiental y Social
MINSA	Ministerio de Salud
MOP	Manual Operativo del Proyecto
OE	Organismo Ejecutor
PGAS	Planes de Gestión Ambiental y Social
PRONIS	Programa Nacional de Inversiones en Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SMA	Servicios Médicos de Apoyo

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**PERÚ**  
**PROGRAMA DE “CREACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD”**  
**(PE-L1228)**

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario: República del Perú			Facilidad de Financiamiento Flexible <sup>(a)</sup>		
			Plazo de amortización:	11,5 años	
Organismo Ejecutor (OE): Ministerio de Salud (MINSA) a través del Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS)			Período de desembolso:	5 años	
			Período de gracia:	6,5 años <sup>(b)</sup>	
Fuente	Monto (US\$)	%	Tasa de interés:	Basada en LIBOR	
BID (CO):	125.000.000	79	Comisión de crédito:	0,50% <sup>(c)</sup>	
Local <sup>(d)</sup> :	32.825.000	21	Comisión de inspección y vigilancia:	0 <sup>(c)</sup>	
			Vida Promedio Ponderada (VPP):	8,80 años	
Total:	157.825.000	100	Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América con cargo al Capital Ordinario (CO)	
Esquema del Proyecto					
Objetivo del proyecto/descripción: El objetivo del programa es lograr un adecuado acceso de la población a servicios de salud oportunos, eficientes y de calidad en el primer nivel de atención, en función a sus necesidades. Para ello, se propone reorganizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en redes integradas de salud, mejorar la capacidad resolutive de la oferta asistencial actual en Lima Metropolitana y en regiones priorizadas del país, y potenciar los servicios médicos de apoyo en Lima Metropolitana.					
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: Serán condiciones contractuales previas al primer desembolso del financiamiento que el OE presente, a satisfacción del Banco, evidencia del cumplimiento de: (i) la designación del personal clave del PRONIS para la ejecución del programa, el cual incluye un coordinador general, un especialista en adquisiciones, un consultor de apoyo en presupuesto, un consultor de apoyo en contabilidad, un consultor de apoyo en tesorería; y (ii) la aprobación y entrada en vigencia del Manual de Operaciones del Programa (MOP), en términos previamente acordados con el Banco (¶3.3). Ver otras condiciones socioambientales en el Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS) (EER#3).					
Condiciones contractuales especiales de ejecución: Será condición contractual especial de ejecución que, previo a los desembolsos para el Componente 2 del programa, el OE haya presentado evidencia de la entrada en vigencia de los convenios necesarios entre el MINSA y los Gobiernos Regionales (GORE) de las áreas de intervención (¶3.4). Ver otras condiciones socioambientales en el IGAS (EER#3).					
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.					
Alineación Estratégica					
Desafíos <sup>(e)</sup> :	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	PI	<input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>
Temas Transversales <sup>(f)</sup> :	GD	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input checked="" type="checkbox"/>	IC <input type="checkbox"/>

<sup>(a)</sup> Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.

<sup>(b)</sup> Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo de gracia son posibles siempre que la Vida Promedio Ponderada (VPP) Original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.

<sup>(c)</sup> La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.

<sup>(d)</sup> De forma complementaria e independiente al presente programa, se prevé un financiamiento paralelo por parte del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento a la República del Perú hasta por la suma de US\$125,00 millones para financiar actividades en el marco del “Creación de Redes Integradas de Salud” del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones de la República del Perú.

<sup>(e)</sup> SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

<sup>(f)</sup> GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

## I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

### A. Antecedentes, Problemática y Justificación

#### 1. Antecedentes

- 1.1 En las últimas décadas, el Perú ha logrado avances en las condiciones de salud de su población, especialmente en la salud infantil. El progreso en la reducción de la mortalidad infantil entre 1990 y 2015 ha sido particularmente exitoso en el país<sup>1,2</sup>, con una reducción de 56 a 13 muertes por 1.000 Nacidos Vivos (NV), respectivamente<sup>3</sup>. Asimismo, las disparidades en la mortalidad infantil por lugar de residencia, nivel de estatus socioeconómico y origen étnico, disminuyeron rápidamente. La mortalidad infantil de los niños nacidos de mujeres con educación primaria, primaria incompleta y sin escolaridad, disminuyó en un 80% entre 1982 y 2008, la de los niños nacidos de mujeres indígenas se redujo 75% entre 1991 y 2008<sup>4</sup>. En el mismo período, la esperanza de vida al nacer se incrementó de 69,4 a 79,7 años, y 44% de ese progreso fue debido a la mejora de la salud infantil y a la reducción de las enfermedades infecciosas<sup>5</sup>.
- 1.2 Nuevos desafíos epidemiológicos afectan la población, principalmente asociados al control y manejo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT). Los nuevos desafíos están asociados a la transición demográfica y epidemiológica en el Perú, con crecimiento, envejecimiento y urbanización de la población<sup>6</sup>. La carga de las ECNT crece rápidamente y en 2016 esas condiciones provocaron el 68,7% de las muertes y 83,4% de los años de vida perdidos por discapacidades. Entre las diez principales causas de muerte en Perú en 2017, ocho son ocasionadas por ECNT tales como enfermedades cardio y cerebrovasculares, enfermedad renal crónica, cáncer, diabetes, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las personas con menor nivel educativo tienen mayor prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes<sup>7</sup>. Asimismo, son crecientes la mortalidad y morbilidad asociadas a las causas externas, tales como accidentes y violencia, destacándose la violencia de género. En Perú 68,2% de las mujeres alguna vez sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero<sup>8</sup>.

#### 2. Desafíos en la provisión de servicios

- 1.3 El sector salud en el Perú se caracteriza por su alta segmentación, con subsistemas que operan con reglas, tarifas y diferentes beneficiarios. El sector está conformado por entes públicos y privados, y los niveles de gobierno nacional y regional están involucrados en la oferta de servicios. A nivel público, los principales aseguradores son el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social

---

<sup>1</sup> [Global Burden of Disease Study \(GBD\) 2016.](#)

<sup>2</sup> [Bill and Melinda Gates Foundation. 2017.](#)

<sup>3</sup> [http://wdi.worldbank.org/table/2.18.](http://wdi.worldbank.org/table/2.18)

<sup>4</sup> [Berlinski, Samuel, y Norbert Schady. 2015.](#)

[GBD 2016.](#)

<sup>6</sup> [Piñeros et al. 2017.](#)

<sup>7</sup> [Quispe et al 2016.](#)

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). [Indicadores de violencia familiar y sexual, 2000-2017.](#)

de Salud del Perú (EsSalud): (i) el MINSA, por intermedio del Seguro Integral de Salud (SIS) es el responsable de asegurar la provisión de servicios a la población pobre o vulnerable, cuyo financiamiento proviene principalmente de impuestos generales; y (ii) EsSalud -adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo- es el asegurador obligatorio de la población con empleos formales, y su financiamiento proviene de contribuciones sobre la nómina. El SIS actualmente cubre 51% de la población peruana, EsSalud cubre otro 31%, y alrededor de 18% no dispone de ninguna cobertura de seguro de salud<sup>9</sup>. La red de servicios de salud del MINSA -en la región metropolitana de Lima- y los Gobiernos Regionales (GORE) -en todas las demás regiones del país-, atienden a la población asegurada por el SIS y a las personas que no tienen seguro de salud, esos últimos pagan de su bolsillo por servicios en el momento de la atención. EsSalud tiene una red propia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) para atención de sus asegurados.

- 1.4 La baja calidad de los servicios en la red pública de salud limita su capacidad de resolver problemas de salud de la población. Una fracción importante de la población deja de utilizar los servicios de salud cuando los necesita. En 2018, un 44,2% de la población asegurada reportó que no buscó atención o se atendió en farmacias cuando tuvo un problema de salud. Algunas de las razones mencionadas para no buscar atención fueron que se auto recetó o prefiere curarse con remedios caseros (31,5%), demoras en la atención o falta de tiempo (24,0%), y falta de confianza en los médicos o maltrato por parte del personal de salud (6,0%)<sup>10</sup>. Los resultados del tratamiento de las ECNT reflejan los problemas de calidad, por ejemplo, en Lima metropolitana en 2017: 65,4% de las personas entre 40 y 59 años no realizaron ningún chequeo para descartar algún tipo de cáncer; y 28,5% de las personas mayores de 15 años que recibieron diagnóstico de diabetes mellitus y 37,7% de los que recibieron diagnóstico de hipertensión no recibieron tratamiento en los últimos 12 meses<sup>11</sup>. De hecho, en 2016 en Perú, se estima que un 49% de las muertes que pudieron ser evitadas por la atención de salud no se dieron, debido a la falta de acceso a los servicios y si por la baja calidad de los servicios utilizados por la población, lo que corresponde a un total de 373.000 años de vida perdidos por atención de mala calidad<sup>12</sup>.
- 1.5 La baja resolutivez de la Atención Primaria de Salud (APS) sobrecarga los hospitales con atenciones evitables. La evidencia internacional indica que los países que tienen APS de calidad como puerta de entrada al sistema de salud, logran mejores resultados sanitarios, mayor satisfacción de los pacientes y hacen mejor contención de crecimiento de los costos del sistema<sup>13</sup>. Sin embargo, en el Perú el perfil de morbilidad hospitalaria indica que la APS no es capaz de resolver los principales problemas de salud de la población, especialmente frente a un contexto de fuerte crecimiento de las ECNT. Los hospitales son sobrecargados por un exceso de utilización de servicios de consultas externas, utilización de salas de emergencias y hospitalizaciones que pudieron haber sido evitadas con

---

<sup>9</sup> Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud AUS. Agosto 2018.

<sup>10</sup> INEI, Encuesta Nacional de Hogares.

<sup>11</sup> Ministerio de Economía y Finanzas. RESULTA. Indicadores de Desempeño de los Programas Presupuestales.

<sup>12</sup> Kruk et al. 2018.

<sup>13</sup> Hansen et al. 2015.

atención oportuna y de calidad en el primer nivel de atención. En 2017, un 29% del total de hospitalizaciones en la red del MINSA en la región metropolitana de Lima fueron evitables, es decir, fueron causadas por condiciones como diabetes mellitus, hipertensión, y asma, que son evitables por la APS oportuna y de calidad<sup>14</sup>. En tasas por persona, ese total corresponde a 198,8 hospitalizaciones por 10.000 mujeres y 113,9 por 10.000 hombres<sup>15</sup>.

- 1.6 La infraestructura física en la APS no fue diseñada para ofrecer atención resolutive a las ECNT y se encuentra en malas condiciones. Hasta el año 2012, el paquete de beneficios cubiertos por el SIS y la cartera de servicios de los establecimientos de APS priorizaban a las mujeres embarazadas y a los niños: 56 de las 140 condiciones cubiertas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) eran condiciones obstétricas, ginecológicas y pediátricas<sup>16</sup>. A partir de 2012, cambios legislativos y normativos expandieron el plan de beneficios cubiertos por el SIS y la cartera de servicios referencial de la APS<sup>17</sup>. Sin embargo, la infraestructura física de las IPRESS, y las prestaciones efectivamente otorgadas por los profesionales de salud siguen predominantemente dirigidas a la atención de la salud materno-infantil. Los establecimientos de APS con mayor resolutive según la categorización vigente, los de nivel I-4, todavía son denominados de “Centro Materno Infantil” y sus espacios físicos fueron diseñados sin contemplar la atención a las ECNT. Asimismo, de las 364 IPRESS en la región metropolitana de Lima, 198 fueron considerados en condición de emergencia sanitaria por la vulnerabilidad y el mal estado de sus instalaciones físicas<sup>18</sup>.
- 1.7 La capacitación y conocimiento de los profesionales de salud en la APS son inadecuados para el manejo de las ECNT con calidad<sup>19</sup>. De forma análoga a la concentración de la infraestructura en servicios materno-infantiles en la APS, la especialización de los profesionales de salud en el primer nivel también está concentrada en los servicios a las mujeres embarazadas y a los niños. Una encuesta realizada en 2018 sobre la aplicación de la guía de práctica clínica del MINSA para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, realizado en la red de APS de Lima Norte, encontró importantes limitaciones en el conocimiento y capacitación de los profesionales de salud. Solamente 28% de los médicos han recibido capacitación acerca de la guía, 65,6% no conocían las recomendaciones de la guía sobre el diagnóstico de la diabetes y 71,9% no sabían cual es objetivo de control de hemoglobina glicosilada, una medida clave para medir el éxito del tratamiento de la diabetes<sup>20</sup>.
- 1.8 La producción de Servicios Médicos de Apoyo (SMA) al diagnóstico es insuficiente para atender estándares requeridos para una atención resolutive y de calidad. Para que la APS pueda resolver la mayoría de los problemas de salud, se requiere que sea respaldada por servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento como, por ejemplo, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y servicios de transfusión de sangre y hemoderivados. En la región metropolitana de Lima, los

---

<sup>14</sup> Cálculos basados en datos del SIS y del INEI.

<sup>15</sup> Cálculos basados en registros administrativos del SIS (MINSA) e INEI.

<sup>16</sup> Gutiérrez et al. 2018.

<sup>17</sup> Por ejemplo, el Decreto Ley 1163 y el Plan Esperanza, ambos aprobados en 2012.

<sup>18</sup> Ver Decreto Supremo 019-2018-SA.

<sup>19</sup> Diez-Canseco et al. 2014.

<sup>20</sup> Bellido-Zapata et al. 2018.



niveles de producción de dichos servicios en la red pública son insuficientes para atender a la demanda requerida según los estándares de calidad definidos por el sector. En la región metropolitana de Lima, menos de 30% de las mujeres entre 40 y 59 años se realizaron una mamografía en los últimos 24 meses<sup>21</sup>. En los exámenes de laboratorio de rutina, el déficit productivo es todavía más elevado. El estudio de 32 centros de APS en Lima Norte, mencionado anteriormente, encontró que ninguno de las IPRESS era capaz de realizar pruebas diagnósticas de control de la hemoglobina glicosilada o de detección de albuminuria, necesarios para control adecuado de la diabetes<sup>22</sup>. Todos los laboratorios de las IPRESS de APS en la red del MINSA en la región metropolitana de Lima, produjeron 2,1 millones de pruebas diagnósticas en 2017, mientras que el total esperado para atender a la población de referencia -de conformidad con las normas del ministerio- debería ser 20,6 millones de pruebas<sup>23</sup>. Asimismo, en la red de sangre y hemoderivados se estima que la demanda actual de productos de sangre es de 303.000 unidades al año, para una producción actual de 93.000 unidades anuales.

- 1.9 La organización actual de la red de IPRESS de APS es fragmentada y no considera un enfoque de redes integradas<sup>24</sup>. En 2017, mediante la cooperación técnica Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión de Servicios de Salud (PE-T1349; ATN/OC-15845-PE), el Banco financió un proyecto en una micro-red de salud en el distrito de Villa El Salvador, en la región metropolitana de Lima, que cuenta con una población de 328.000 personas aseguradas al SIS o sin seguro de salud. El proyecto fue una respuesta rápida al objetivo del Gobierno del Perú de aumentar la resolutivez de la APS, mediante un diagnóstico y una prueba de concepto de reorganización de los servicios. Uno de los primeros hallazgos del proyecto fue la ausencia de una concepción de red y de optimización de la provisión de los servicios, como se refleja en la Figura 1. De las 18 IPRESS de APS en la micro-red, bastarían cuatro para que 95% de la población pudiera acceder a los servicios caminando, en un máximo de 30 minutos, lo que indica que hay redundancia en la estructura actual. El proyecto en Villa El Salvador también identificó que las IPRESS operan los SMA de forma fragmentada y con bajos estándares de calidad. De hecho, en la actualidad, hay 219 IPRESS en el primer nivel de atención en Lima metropolitana que cuentan con laboratorios clínicos, que producen en promedio solamente 10.000 pruebas diagnósticas al año, mientras que los laboratorios de los hospitales producen en promedio 720.000 pruebas anuales.

---

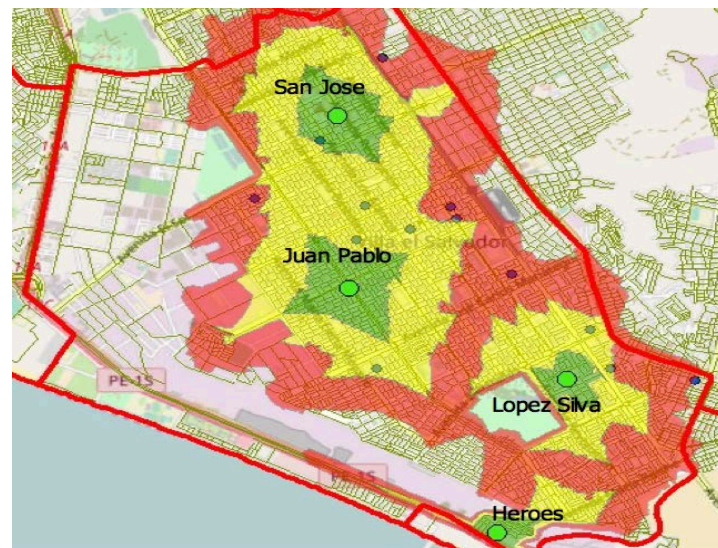
<sup>21</sup> INEI. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2016.

<sup>22</sup> Bellido-Zapata et al 2018.

<sup>23</sup> Ministerio de Salud. Proyecto de Inversión Pública. Mejoramiento de los SMA en Lima Metropolitana. Septiembre 2018.

<sup>24</sup> Coronado, Enrique Zik. 2017.

**Figura 1. Acceso físico en el distrito de Villa El Salvador**



Fuente: Proyectos Redes Eficientes MINSA/BID. Notas: La figura es un mapa de Villa El Salvador.

● ESS priorizados

● Otros ESS

Pueden acceder a ESS priorizados en < de minutos caminando:

■ 30 minutos

■ 15 minutos

■ 10 minutos

- 1.10 Deficiencias en los procesos de gestión de las IPRESS limitan la calidad de los servicios y afectan la experiencia de los pacientes. Los estudios en Villa El Salvador incluyeron mediciones del uso del tiempo y el flujo de la atención en una muestra de alrededor de 150 pacientes que buscaron atención en los IPRESS. La media del tiempo promedio de permanencia de los pacientes en los IPRESS fue de 4h 39 min; solamente 14% del tiempo total de permanencia fue dedicada a la atención<sup>25</sup>. La media del número de puntos de contacto, o pasos sucesivos requeridos para que los pacientes recibieran su atención fue de siete, alcanzando un máximo de 20 puntos distintos. Cuando se requieren exámenes de laboratorio, los pacientes frecuentemente necesitan agendar citas adicionales para la toma de muestras y para recoger los resultados de exámenes.
- 1.11 Hay oportunidades para mayor integración entre los servicios de salud y los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia. En Perú, existen 245 Centros de Emergencia Mujer (CEM) que son establecimientos públicos que brindan orientación legal, defensa judicial, consejería psicológica y asistencia social para víctimas de violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar. Iniciativas recientes buscan acercar los servicios de salud a los servicios del CEM, pero a la fecha hay solamente uno en todo el país que funciona de forma conjunta con un establecimiento en salud, inaugurado en febrero de 2018. Asimismo, la primera guía técnica del MINSA para la atención a mujeres en situación de violencia, ocasionada por la pareja o expareja, fue lanzada en el MINSA en

<sup>25</sup> Montes, Cecilia. Evaluación Intermedias del Proyecto Redes Eficientes en 4 Establecimientos de Salud de Villa El Salvador. Informe de consultoría, PE-T1349. Julio 2017.

2017, pero todavía se requiere apoyo para su implementación e integración con los servicios de la red de salud<sup>26</sup>.

### 3. Estrategia de Intervención

- 1.12 **Justificación.** El Gobierno de Perú ha solicitado el apoyo del Banco al MINSA para enfrentar los desafíos del sector mediante un programa de inversión según los ejes que se presentan a continuación. La estrategia de intervención buscará la transformación de las redes de servicios de salud, para que puedan ofrecer respuestas efectivas a los desafíos epidemiológicos actuales, con eficiencia y calidad. En lugar de buscar la ampliación o renovación de los servicios según los modelos anteriormente existentes, el programa busca la introducción del cambio a través de una “innovación disruptiva”<sup>27</sup>, es decir, un foco en un rediseño radical del servicio, centrado en la mejora de la calidad de la atención que reciben los pacientes y con énfasis en la devolución de aspectos clave de las rutas de práctica clínica desde los hospitales hacia la APS, para potenciar el primer nivel de atención. Lo anterior, se concretará en el programa mediante el rediseño de procesos, las economías de escala y el uso de tecnologías de automatización y digitalización.
- 1.13 **Modernización del modelo de prestación de servicios de salud.** Debido al cambio en los patrones de demanda causados por la transición demográfica y epidemiológica, y su desfase con el modelo de organización actual de servicios, es creciente el consenso en Perú de que el país debe organizar su primer nivel de atención según un modelo de redes integradas de servicios, con APS de amplio acceso y alta resolutiveidad, incluyendo el control y manejo de las ECNT. Ello es consistente con la literatura y experiencia internacional, que demuestra que sistemas de salud organizados en redes, con énfasis en atención primaria, ofrecen mejores resultados sanitarios, son más eficientes y generan mayor confianza ciudadana<sup>28</sup>. Estudios también sugieren que la APS fortalecida es capaz de resolver la mayoría de las necesidades de salud<sup>29</sup>, evitando así el uso innecesario de hospitalizaciones<sup>30</sup>, sala de emergencias, y disminuyendo la cantidad de procedimientos terapéuticos. También hay evidencias de que el desarrollo, implementación y mejora continua de procesos de gestión y atención es esencial para lograr atención de calidad<sup>31</sup>. Por ello, el programa apoyará la actualización de los modelos de prestación y gestión de servicios y la capacitación de profesionales para que las guías de práctica clínica y los procesos de gestión sean efectivamente implementados.
- 1.14 Congruente con los objetivos de transformar la red de servicios y mejorar la capacidad de respuesta del primer nivel de atención, se requiere incorporar nuevos conocimientos y tecnologías al proceso de trabajo de los equipos de salud,

---

<sup>26</sup> Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Atención de Salud Mental a Mujeres en Situación de Violencia Ocasionada por la Pareja o Expareja. 2017.

<sup>27</sup> Ver como esos conceptos inspiraron reformas del *National Health Services* británico: Birchall, Daniel. 2010.

<sup>28</sup> Hay amplia evidencia sobre la importancia de la atención primaria de salud en países de altos y medianos ingresos. Ver por ejemplo Guanais et al. 2018, y también Hansen et al 2015.

<sup>29</sup> Ver, por ejemplo: Bindman et al. 2007.

<sup>30</sup> La literatura sobre el rol de la APS en prevenir hospitalizaciones es extensa. Ver, por ejemplo: Caminal et al. 2004.

<sup>31</sup> Ver el reciente informe de la comisión de Lancet Global Health sobre calidad: Kruk et al. 2018.

fortaleciendo sus competencias bajo un nuevo modelo de atención y gestión que esté dirigido al cuidado en salud. El programa propone un plan de desarrollo de competencias de personal de salud, centrado en el reconocimiento del talento y en el fortalecimiento de competencias técnicas y capacidades para el trabajo en equipo con responsabilidad compartida, basada en la colaboración entre personas y en la coordinación de la atención en salud, con énfasis en la colaboración entre médicos generalistas y especialistas. Asimismo, el plan deberá prever mecanismos de atracción y retención del personal al primer nivel de atención, alineado al modelo de atención y gestión establecidos, buscando alternativas que incrementen la motivación del personal de los servicios del primer nivel.

- 1.15 **Adecuación de la red de APS.** Si bien algunos estudios cuestionan una asociación automática entre el estado de la infraestructura y la calidad de los servicios prestados<sup>32</sup>, el mal estado de la infraestructura de la red de APS en Perú -declarado por el MINSA como emergencia sanitaria-, es suficiente para comprometer la resolutivez y calidad de los servicios prestados, así como su aceptabilidad por la población. Además, el perfil de profesionales y tipo de trabajo que se requiere para una atención efectiva y eficiente a las ECNT está basado en equipos multiprofesionales, con espacios compartidos y uso de tecnologías de información y comunicación, elementos que además de optimizar el uso de la infraestructura y recursos humanos, favorecen la colaboración<sup>33</sup>. Por lo tanto, el programa apoyará la inversión en la adecuación de la infraestructura física y adquisición de equipamientos para establecimientos en la red de APS, buscando atender a la de salud materno-infantil, enfermedades infecciosas, y causas externas, en conjunto con la creciente demanda por servicios relacionados a las ECNT, priorizados según una lógica de red que evite redundancias en la oferta y optimice su distribución geográfica.
- 1.16 **Optimización de la red de SMA.** Para que sean sostenibles financieramente, el cierre de las fuertes brechas de inversión en la provisión de los SMA requiere de un enfoque de búsqueda de eficiencia mediante las economías de escala<sup>34</sup>. Además, la literatura indica que la centralización de los SMA es una forma efectiva de introducir mecanismos de control y garantía de la calidad de los servicios<sup>35</sup>. Por ello, el programa apoyará la construcción y equipamiento de una central de servicios médicos de apoyo -laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, y atención prehospitalaria- en Lima metropolitana, así como la articulación de los servicios de la central con la red de IPRESS.
- 1.17 En el laboratorio de patología clínica y bancos de sangre, el programa apoyará la centralización y automatización del procesamiento de muestras mediante sistemas robotizados capaz de realizar las pruebas y procesamiento con calidad y aprovechando las fuertes economías de escala que existen en esos servicios en la actualidad<sup>36</sup>. Las muestras serán colectadas en las IPRESS y enviadas a la central para procesamiento. En imágenes diagnósticas, el programa apoyará la adquisición de equipamientos de captura digital de rayos X, tomografías,

---

<sup>32</sup> [Leslie et al. 2017.](#)

<sup>33</sup> [Bodenheimer et al. 2014.](#)

<sup>34</sup> [Gonçalves y Pita Barros. 2013.](#)

<sup>35</sup> [Ver Kruk et al 2018.](#)

<sup>36</sup> La evidencia se aplica tantos para países de altos y medianos ingresos. Ver: [Fleming et al. 2016](#) y también [Chatterjee et al. 2013.](#)

resonancia magnética y mamografías para reposición de equipos en las IPRESS, y en la central el programa apoyará la creación de una central de lectura de imágenes diagnósticas, aprovechando la mayor concentración de radiólogos en el área urbana de Lima, en comparación al resto del país, y la mejora de calidad de los diagnósticos cuando los profesionales se especializan en la lectura frecuente de pruebas<sup>37</sup>. La central podrá leer imágenes digitales enviadas de todo el país. Finalmente, el programa también apoyará la modernización del servicio centralizado de despacho de ambulancias y regulación de la atención prehospitalaria, destinada a los casos de urgencias y emergencias.

- 1.18 **Enfoque de género.** Si bien las soluciones para los problemas de violencia de género y mayor exposición de las mujeres a los factores de riesgo para las ECNT requieren de intervenciones multisectoriales cuyo protagonismo está más allá del sector salud, el programa contribuirá al esfuerzo conjunto para enfrentar esos desafíos. Hay importante evidencia sobre el rol que los servicios de salud pueden tener al incentivar la detección temprana de casos sospechosos de violencia, el apoyo a la denuncia y coordinación con el poder judicial, y el soporte emocional a las víctimas<sup>38</sup>. Además, los servicios de atención prehospitalaria son muchas veces el primer punto de contacto con las víctimas, al atender a los llamados de urgencia y emergencia. Por lo tanto, el programa apoyará el desarrollo de nuevas guías de prácticas clínicas y la implementación de las existentes<sup>39</sup> mediante la capacitación de profesionales para el manejo adecuado de los casos.
- 1.19 **Alineación cambio climático.** El programa está alineado con cambio climático por medio de la asignación de recursos a la construcción de la central de servicios médicos de apoyo, cuyo diseño prevé las siguientes medidas destinadas a reducir el consumo en agua, energía, y energía incorporada en los materiales: orientación solar, construcción seca (economía de agua y energía); utilización de iluminarias económicas y sensores de presencia; fachada en colores claros; techos con protección termo acústico y material blanco con baja absorción solar; aprovechamiento de iluminación y ventilación natural; ahorro de volumen de agua, ahorro de energía para el calentamiento de agua entre otros ([EEO#3](#)). El diseño de la central también prevé el empleo de tecnología en infraestructura, instalaciones y equipamiento, destinados a proteger las instalaciones ante fenómenos climáticos extremos.
- 1.20 **Población beneficiaria.** Por solicitud del MINSA, el programa se desarrollará en dos áreas de intervención. La primera es la región metropolitana de Lima, donde hay 5,01 millones de personas afiliadas al SIS o no tienen seguro de salud. En la región metropolitana de Lima, el programa readecuará IPRESS de APS y centralizará los SMA. El MINSA es responsable por la provisión de los servicios a la población pobre, vulnerable y sin seguro en la región metropolitana de Lima y, por lo tanto, al fortalecer su propia red, el ministerio estará en condiciones de ejercer mejor su rol rector de la provisión de servicios en el resto del país, a partir de las lecciones aprendidas en su red. La segunda área de intervención del programa está en los departamentos que serán priorizados después de finalizados los estudios de preinversión del Componente 2. En ese caso, las inversiones

---

<sup>37</sup> Ver: [ESR Executive Council 2009](#) y [European Society of Radiology. 2010](#).

<sup>38</sup> Ver: [Leskošek et al. 2017](#), y [Dutton et al. 2015](#).

<sup>39</sup> Como por ejemplo la [Guía Técnica para la Atención de Salud Mental a Mujeres en Situación de Violencia](#).

estarán concentradas en la readecuación de IPRESS de APS. Aunque la inversión prevista en el programa no sea suficiente para una intervención en larga escala en todo el país, la selección de las regiones priorizadas deberá ser basada en consideraciones estratégicas, debido a que los gobiernos regionales demuestren al MINSA su interés en pilotear un nuevo modelo de atención primaria y servir como demostración. Por lo tanto, una implementación exitosa del programa posibilitará al MINSA el escalamiento de modelos de IPRESS adecuados a las características de todas las regiones del país.

- 1.21 **Lecciones aprendidas y operaciones relacionadas.** La última operación de inversión del Banco en el sector salud de Perú, segunda fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSalud II)<sup>40</sup>, fue aprobada en diciembre de 2008, y tuvo su último desembolso en diciembre de 2015. Una de las lecciones importantes de dicha operación fue que los enfoques muy focalizados en intervenciones de salud materna e infantil, en oposición a un modelo de redes integradas de servicios, generan desincentivos para una atención integral y pueden generar desconfianza de los usuarios de los servicios de salud. Por ello, la presente operación busca un enfoque más integrado en los mecanismos para alcanzar la calidad y eficiencia de los servicios, y menos concentrado en patologías específicas (Componentes 1, 2 y 3). Por otro lado, una cartera de tres cooperaciones técnicas no-rembolsables aprobadas desde 2015, por un monto total de US\$1,15 millones<sup>41</sup>, generó lecciones también incorporadas en el presente programa: (i) la relevancia de trabajar en los procesos de gestión clínica en las IPRESS, así como los mecanismos de mejora de la calidad de los servicios y de la experiencia de los pacientes (Componente 1); (ii) la importancia de contar con una planificación de servicios con base en la demanda estimada y el perfil epidemiológico proyectado, evitando redundancias en la oferta (Componentes 2 y 3); (iii) el rol central de la atención primaria de salud, para aumentar la prevención y la resolutivez, especialmente en la atención a las ECNT (Componentes 1 y 2); y (iv) la búsqueda de eficiencia mediante la introducción de reorganización de los servicios y economías de escala (Componente 3).
- 1.22 **Complementariedad con el trabajo del Banco Mundial.** Por solicitud del Gobierno de Perú, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) están trabajando en dos operaciones que se articulan en un único programa en el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe), con un enfoque estratégico unificado en la transformación de las redes de salud. Por ello, el diseño del programa se está llevando a cabo en estrecha articulación con el BM, que financiará inversiones en IPRESS en áreas complementarias a las que están contempladas en el programa del BID. Además, el BM financiará la centralización del Sistema de Información en Salud y de la logística de medicamentos e insumos médicos en Lima metropolitana, que son complementarios a los servicios de apoyo contemplados con este programa PE-L1228 del BID. Las dos operaciones deberán ser ejecutadas de forma independiente, pero serán complementarias y articuladas. La aprobación de la operación del BM está prevista para el primer trimestre de 2019.

---

<sup>40</sup> PE-L1005; 2092/OC-PE.

<sup>41</sup> PE-T1327, ATN/OC-14986-PE; PE-T1349, ATN/OC-15845-PE; y PE-T1396, ATN/OC-16882-PE.

- 1.23 **Alineación estratégica.** El programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (AB-3008) y se alinea estratégicamente con los desafíos de desarrollo de inclusión social e igualdad, por medio de la mejora del acceso a servicios de salud con calidad. El programa también se alinea con las áreas transversales de igualdad de género y diversidad, al fomentar la salud de la mujer; y de cambio climático y sostenibilidad ambiental, al promover prácticas sostenibles mediante la construcción de infraestructura con eficiencia energética. Aproximadamente el 36,17% de los recursos de la operación se invierten en actividades de mitigación al cambio climático, según la metodología conjunta de los bancos multilaterales de desarrollo de estimación de financiamiento climático<sup>42</sup>. Estos recursos contribuyen a la meta del Grupo BID de aumentar el financiamiento de proyectos relacionados con el cambio climático a un 30% de todas las aprobaciones de operaciones a fin del año 2020. Adicionalmente, el programa contribuirá al Marco de Resultados Corporativos (CRF) 2016-2019 (GN-2727-6) mediante el aumento de personas que se benefician de servicios de salud, de forma consistente con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7), y también es consistente con el Marco Sectorial de Género y Diversidad (GN-2800-8), en la dimensión “promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas” al mejorar el acceso a servicios de provisión de servicios a mujeres sobrevivientes. También se alinea con la Estrategia de País del Grupo BID con Perú 2017-2021 (GN-2889), específicamente con sus objetivos de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, mediante la reducción de la mortalidad por enfermedades crónicas y la reducción del tiempo de espera por consultas médicas genéricas. La operación está incluida en la Actualización del Anexo III del Informe sobre el Programa de Operaciones 2018 (GN-2915-2).

## **B. Objetivos, Componentes y Costo**

- 1.24 **Objetivo.** El objetivo del programa es lograr un adecuado acceso de la población a servicios de salud oportunos, eficientes y de calidad en el primer nivel de atención, en función a sus necesidades. Para ello, se propone reorganizar las IPRESS en redes integradas de salud, mejorar la capacidad resolutive de la oferta asistencial actual en Lima Metropolitana y en regiones priorizadas del país, y potenciar los servicios médicos de apoyo en Lima Metropolitana.
- 1.25 **Componente 1. Mejoramiento y adecuado diseño del modelo de organización de IPRESS en redes integradas de salud en Lima Metropolitana y regiones priorizadas (BID US\$9,87 millones, Local US\$1,78 millones).** El objetivo del componente es contribuir con la modernización del sistema de salud, a través de un adecuado modelo organizacional de las IPRESS del primer nivel de atención, en términos de gestión, capacidad resolutive, oportunidad en la intervención, calidad, asignación de recursos y con enfoque de red. El componente financiará consultorías y actividades de capacitación para: (i) el rediseño del modelo de atención con énfasis en el nuevo patrón de carga de enfermedad; (ii) la elaboración de guías clínicas y protocolos para atención a las enfermedades de mayor prevalencia; (iii) la redefinición de los modelos de organización, gestión y financiamiento de las redes integradas de salud; (iv) el diseño e implementación de un plan desarrollo de competencias para el personal

---

<sup>42</sup> Ver: 2017 Joint Report on Multilateral Development Banks' Climate Finance.

de salud; (v) el diseño de un plan de gestión del cambio y comunicación; (vi) talleres de sensibilización sobre el nuevo modelo de prestación; (vii) elaboración y apoyo a la implementación de guías para atención y manejo de casos de violencia contra las mujeres, incluyendo protocolos para el screening de riesgos y para la referencia a servicios socio asistenciales y de justicia; y (viii) otros relevantes que se definan durante la elaboración del estudio de preinversión.

- 1.26 **Componente 2. Mejoramiento y adecuada oferta en las IPRESS de primer nivel de atención en Lima Metropolitana y regiones priorizadas (BID US\$52,12 millones, Local US\$9,38 millones).** El objetivo del componente es mejorar las capacidades de oferta en los establecimientos de salud en Lima Metropolitana y regiones priorizadas. Propone alcanzar un adecuado nivel de infraestructura, equipamiento y capacidades humanas para la prestación de servicios. Para ello, se realizarán inversiones en IPRESS ambulatorias (primer nivel de atención) de hasta 12 y 24 horas.
- 1.27 **Componente 3. Mejoramiento de los servicios médicos de apoyo en Lima Metropolitana (BID US\$63,01 millones, Local US\$11,34 millones).** El objetivo del componente es lograr “servicios médicos de apoyo eficientes, con capacidad resolutive y con enfoque de red”. Para ello, se modernizarán los sistemas médicos de apoyo de forma integrada y bajo una lógica de redes (IPRESS de hasta 12 y 24 horas)<sup>43</sup>. El proyecto se caracterizará por: (i) inversión en una central de servicios médicos de apoyo que genere sinergias y economía de escala (eficiencia); (ii) inversión en dotación de equipamiento tecnológico en salud que incremente la efectividad clínica y genere eficiencias en costos; y (iii) mayor capacidad resolutive para diagnóstico y tratamiento de intervenciones en salud, a través de mejora de servicios de patología clínica, imagenología, banco de sangre y sistema de ambulancias.
- 1.28 **Componente 4. Gestión del programa de inversión (Local US\$10,33 millones).** El objetivo del componente es apoyar la ejecución, gestión y monitoreo del programa. Este componente financiará la adquisición de equipamientos, la contratación de personal y de consultorías para apoyo al funcionamiento de la unidad ejecutora del programa (ver ¶3.1), las auditorías externas, y la contratación de consultorías para las actividades de evaluación y monitoreo del programa.

### **C. Indicadores Claves de Resultados**

- 1.29 **Impactos y resultados esperados.** Como indicador sintético para medir los impactos del programa, se propone la reducción de hospitalizaciones por condiciones sensibles a atención primaria en salud. Las hospitalizaciones evitables han sido ampliamente utilizadas en la literatura como una forma de monitorear la resolutive y la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención<sup>44</sup>. Las hospitalizaciones y sus causas son monitoreadas en el sector

---

<sup>43</sup> Los diseños técnicos preliminares de los establecimientos de salud y de los equipamientos que hacen parte de la redes integradas con énfasis en el primer nivel de atención, incluyendo los establecimientos de salud del primer nivel y la central de servicios médicos de apoyo previstos en los Componentes 2 y 3, están disponibles en el enlace de arquitectura conceptual ([EEO#2](#)).

<sup>44</sup> Ver, por ejemplo: [Rubinstein et al. 2014.](#); [Rosano et al. 2013.](#); [Caminal et al. 2004.](#); y [Guanais y Macinko. 2009.](#)



salud, y serán medidas en base a los registros administrativos del MINSA sobre las hospitalizaciones.

- 1.30 Los resultados esperados del programa son: (i) incremento de exámenes diagnósticos de cáncer con chequeos dirigidos a mujeres y hombres; (ii) mejora de calidad y accesibilidad a los servicios de salud, con atención pre-hospitalaria oportuna y reducción de tiempos de espera para la atención; (iii) mejora de la capacidad resolutive de las redes de salud en la atención a pacientes crónicos (con énfasis a tratamientos a diabéticos e hipertensos); (iv) incremento de donaciones voluntarias de sangre; y (v) aumento de la satisfacción de los usuarios, debido a mejora de la atención recibida y disminución de tiempos de espera.
- 1.31 **Viabilidad económica.** Las estrategias impulsadas en esta operación se basan en la evidencia sobre la efectividad del modelo de cuidado mediante redes de salud con énfasis en atención primaria. Con base en evidencia específica para Perú, en el Análisis Económico ([EEO#1](#)) se cuantifican los beneficios incrementales derivados de las inversiones del proyecto que incluyen: (i) ganancias en productividad por la reducción de la morbilidad, resultado de una mayor cobertura y calidad de los servicios en el primer nivel de atención; (ii) ahorros en gasto hospitalario por reducción de internaciones por condiciones sensibles a la atención básica; y (iii) ganancias por la implementación de las líneas de cuidado. El análisis cuantifica los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que se pueden ahorrar por la implementación de las inversiones en un contexto de redes de salud, analizando el aumento en cobertura efectiva y el tiempo que toma materializar los resultados. En el escenario base de cobertura efectiva, con supuestos conservadores en términos de la efectividad de las intervenciones, en un horizonte de cinco años y usando una tasa de descuento de 3%, la relación beneficio/costo es de 1,51. Asimismo, los análisis de sensibilidad en un horizonte de diez años muestran que la relación beneficio/costo es superior a uno, incluso en los escenarios menos favorables. En el escenario que iguala la relación beneficio/costo, considerando una tasa de descuento del 3%, la Tasa Interna de Retorno (TIR) es 15,3%<sup>45</sup>.

## II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

### A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 El instrumento de financiamiento es un préstamo de inversión bajo la modalidad de Programa de Obras Múltiples, una vez que contempla obras físicamente similares, pero independientes entre sí. El programa cuenta con una muestra representativa (¶2.2), la cual cumple con los criterios de elegibilidad (¶2.4). El monto total es de US\$157.825.000, y será financiado con US\$125.000.000 de Capital Ordinario (CO) del Banco y US\$32.825.000 de contrapartida local, de

---

<sup>45</sup> El proyecto adopta la recomendación de la Organización Mundial de la Salud para proyectos del sector, que es la utilización de la tasa de descuento de 3%. Ver: [Tan-Torres et al. 2003](#).

acuerdo al Cuadro 1<sup>46</sup>. El período de desembolsos es de cinco años, estimados en base al alcance de los productos del Plan de Ejecución Plurianual (PEP) ([EER#1](#)). El cronograma de desembolsos de la operación se muestra en el Cuadro 2.

**Cuadro 1. Costo del programa (US\$)**

Componentes	BID	Local	Total
1. Mejoramiento y adecuado diseño del modelo de organización de IPRESS en redes integradas de salud en Lima Metropolitana y regiones priorizadas	9.874.211	1.777.358	11.651.569
2. Mejoramiento y adecuada oferta en las IPRESS de primer nivel de atención en salud en Lima Metropolitana y regiones priorizadas	52.119.409	9.381.494	61.500.903
3. Mejoramiento de los Servicios Médicos de Apoyo en Lima Metropolitana	63.006.380	11.341.148	74.347.528
4. Gestión del programa de inversión	0	10.325.000	10.325.000
- Gestión	0	8.575.000	8.575.000
- Monitoreo y evaluación	0	1.500.000	1.500.000
- Auditorías	0	250.000	250.000
<b>Total</b>	<b>125.000.000</b>	<b>32.825.000</b>	<b>157.825.000</b>

**Cuadro 2. Cronograma de desembolsos (US\$)**

Fuente de financiamiento	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
BID	168.611	4.833.708	33.375.276	50.115.179	36.507.226	125.000.000
Local	2.903.580	2.635.066	7.772.550	10.785.734	8.728.070	32.825.000
<b>Total</b>	<b>3.072.190</b>	<b>7.468.774</b>	<b>41.147.826</b>	<b>60.900.914</b>	<b>45.235.296</b>	<b>157.825.000</b>
%	<b>1,95%</b>	<b>4,73%</b>	<b>26,07%</b>	<b>38,59%</b>	<b>28,66%</b>	<b>100,00</b>

- 2.2 Muestra representativa.** Una muestra representativa de las obras, cuyo costo equivale a US\$84,43 millones o 53,50% del programa, fue evaluada durante la preparación de la operación. La muestra contempla los dos tipos de inversiones que son parte de las redes integradas de salud con énfasis en el primer nivel de atención y que necesariamente deberán funcionar de forma articulada: (i) los establecimientos de salud de atención primaria (Componente 2); y (ii) la central de SMA (Componente 3). Los diseños técnicos preliminares de las obras y las especificaciones técnicas preliminares del equipamiento que forman parte de la muestra representativa están disponibles en [EEO#2](#).
- 2.3 Inicio de los trabajos.** El plazo para la iniciación material de las obras será de 36 meses contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo. El plazo se justifica por la necesidad de culminar los estudios de pre-inversión según la normatividad del sistema Invierte.pe, previo al inicio de las obras.
- 2.4 Criterios de elegibilidad y priorización de proyectos.** Los proyectos del Componente 2 a ser financiados por el programa consideran los siguientes criterios de elegibilidad: (i) deben ser IPRESS de hasta 12 horas o de 24 horas, bajo un criterio de planificación de redes integradas de salud consistente con el Componente 1; (ii) dichas IPRESS deberán estar ubicadas en Lima Metropolitana

<sup>46</sup> De forma complementaria e independiente al presente programa, se prevé un financiamiento paralelo por parte del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento a la República del Perú hasta por la suma de US\$125,00 millones para financiar actividades en el marco del programa "Creación de Redes Integradas de Salud" del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones de la República del Perú.

y en regiones priorizadas; (iii) ser intervenciones que cumplan con las Políticas de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias del BID y con lo indicado en el Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS) ([EER#3](#)); y (iv) que no sea clasificado como Categoría A o que implique reasentamiento involuntario, de conformidad con las Políticas de Salvaguardia del Banco. La Central de SMA a ser financiada por el Componente 3 del programa será construida en terreno adjunto al Hospital Sergio E. Bernales, en el distrito de Comas, en la región metropolitana de Lima<sup>47</sup>.

## **B. Riesgos Ambientales y Sociales**

- 2.5 Dada la naturaleza de las intervenciones de infraestructuras propuestas y de acuerdo con la Política OP-703 en su Directiva B.03, esta operación ha sido clasificada como Categoría B, debido a que los impactos socioambientales serán localizados, temporales y de corto plazo, y ya se dispone de medidas de mitigación efectivas y conocidas en el sector de infraestructura de salud. El Análisis Ambiental y Social (AAS) desarrollado para los tres proyectos de la muestra, identifica como principales impactos potenciales durante la etapa de construcción, la generación de polvo, ruido, residuos sólidos y líquidos, riesgo de derrames, alteración del tráfico y riesgos para la seguridad de los trabajadores y la comunidad. Durante la fase de operación existen riesgos relacionados con la generación y disposición de aguas residuales y desechos sólidos hospitalarios. Los Planes de Gestión Ambiental y Social (PGAS) describen medidas de mitigación para cada uno de los impactos identificados. Las obras de la muestra se desarrollarán al interior de los predios que pertenecen al MINSA o que actualmente ocupan IPRESS, por lo que no provocarán desplazamiento físico y/o económico de población.
- 2.6 Al tratarse de una operación de obras múltiples, se ha desarrollado un Marco de Gestión Ambiental y Social (MGAS) que define lineamientos para la elaboración de los instrumentos de gestión socioambiental de los proyectos futuros, que no forman parte de la muestra.
- 2.7 El programa presenta un riesgo moderado de desastres naturales debido a su ubicación geográfica, las medidas para disminuir estos riesgos son incluidas en los PGAS y el MGAS. El AAS, los PGAS de la muestra y el MGAS fueron publicados en la página web del BID y de la Agencia Ejecutora. Las Consultas Públicas se llevaron a finales de octubre de 2018, y resultaron principalmente en la recomendación de asegurar la participación ciudadana que acompañe los proyectos previstos en el programa, lo que fué incorporado a los PGAS y el MGAS.

## **C. Riesgos Fiduciarios**

- 2.8 Durante el diseño de la operación se identificó un riesgo fiduciario de nivel medio y es que eventualmente el programa presente mayores costos y más tiempo para su implementación, debido a: (i) la falta de experiencia y conocimiento de las políticas del Banco en materia fiduciaria, aplicables a operaciones de préstamo; y (ii) la reciente creación del Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS) como nueva Unidad Ejecutora con nivel de presupuesto a su cargo, menor al

---

<sup>47</sup> El MINSA ya cuenta con la titularidad del terreno, que ha sido asignado al proyecto de la Central de SMA.

monto del programa. Para mitigar el riesgo, determinado con nivel “medio”, se identificaron acciones de: (i) contratación de personal clave con experiencia en proyectos financiados por organismos multilaterales y en normativa del Invierte.pe; (ii) identificación de flujos de procesos fiduciarios en el Manual de Operaciones del Programa (MOP) con responsables y roles; (iii) asistencia/acompañamiento fiduciario del Banco al PRONIS; y (iv) contratación de consultorías para la elaboración de pliegos de licitación de alta complejidad.

#### **D. Otros Riesgos y Temas Clave del Programa**

- 2.9 Se identificaron tres riesgos de Desarrollo: (i) que se presenten retrasos en la implementación del Componente 1, debido a las dificultades con la elaboración de los términos de referencia de consultorías para modelaje de redes (medio); (ii) que se retrase el avance de las etapas del programa, debido a inconsistencias entre los estudios de pre-inversión, estudios definitivos y expedientes técnicos (medio); y (iii) que se presenten dificultades para asignar médicos especialistas en el primer nivel de atención, debido a la ausencia de políticas de atracción y retención de personal para este nivel de atención, lo que podría limitar la implementación del modelo de atención (alto). Para mitigarlos se propone: (i) contratación de experto en redes de salud para trabajo conjunto con el MINSA en la definición de los términos de referencia claves del Componente 1 (modelo de atención/ modelo de gestión); (ii) ampliación y capacitación del equipo técnico del PRONIS para el diseño, formulación y evaluación de inversiones; y (iii) elaboración de plan de desarrollo de competencias de recursos humanos que contemple incentivos para atracción y vinculación de médicos especialistas al primer nivel de atención, favoreciendo la coordinación y colaboración entre generalistas y especialistas, contribuyendo a la resolutiveidad del primer nivel de atención.
- 2.10 Finalmente, se identificaron dos riesgos de Gestión Pública y Gobernabilidad: (i) que no se implementen las acciones de reingeniería de procesos en los establecimientos de salud, debido a la resistencia de sindicatos y gremios a los cambios para generar mayor eficiencia en el sistema de salud (medio); y (ii) que eventualmente se presenten dificultades en la gestión de los acuerdos entre el MINSA y los GORE, con potenciales retrasos en la ejecución del Componente 2. Se buscará mitigar tales riesgos por medio de: (i) la elaboración de una estrategia de sensibilización apoyada en un plan de gestión de cambio y comunicación, orientada al diálogo e involucramiento de los profesionales de salud y sus órganos de representación; (ii) la conformación de un grupo técnico de alto nivel en el MINSA, a cargo del seguimiento de la agenda de transformación de redes, produciendo informaciones estratégicas para retroalimentar la toma de decisiones; y (iii) durante el primer año de ejecución, la realización de discusiones técnicas con el MINSA y los GORE para lograr acuerdos de gestión necesarios.
- 2.11 **Sostenibilidad.** El compromiso con la sostenibilidad y mantenimiento de obras y equipamientos que serán financiados con el préstamo, es requisito para la declaración de viabilidad de los proyectos incluidos en el programa según la normatividad del Invierte.pe. Por lo tanto, el MINSA ya ha asumido dichos compromisos en la etapa de pre-inversión. En el diseño de las licitaciones de equipamientos médicos de alto costo financiados por el programa, se buscará la inclusión de garantías extendidas.

### III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

#### A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 **Prestatario y Organismo Ejecutor (OE).** El prestatario será la República del Perú, y el OE será el MINSA a través del PRONIS, que es una unidad desconcentrada adscrita al Despacho del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud responsable de formular, elaborar y ejecutar los proyectos de inversión pública del país. El PRONIS será la unidad Ejecutora del Programa y tendrá a su cargo las funciones de: administración (relacionadas a las áreas de presupuesto, programación financiera, contabilidad, tesorería y adquisiciones), la coordinación de aspectos técnicos, así como la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación.
- 3.2 El PRONIS ejecutará las acciones en estrecha coordinación con los órganos de línea del MINSA involucrados en el proyecto, especialmente la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre y su Dirección de Sangre y Hemoterapia (PRONAHEBAS), la Dirección de Aseguramiento e Intercambio Prestacional y su Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud, la Dirección Nacional TeleSalud, Referencias y Urgencias y su Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (SAMU), la Dirección General de Operaciones en Salud, y la Dirección General Personal de la Salud. Las funciones correspondientes a cada área serán definidas en el MOP.
- 3.3 **Serán condiciones contractuales previas al primer desembolso del financiamiento que el OE presente, a satisfacción del Banco, evidencia del cumplimiento de:** (i) **la designación del personal clave del PRONIS para la ejecución del programa, el cual incluye un coordinador general, un especialista en adquisiciones, un consultor de apoyo en presupuesto, un consultor de apoyo en contabilidad y un consultor de apoyo en tesorería; y** (ii) **la aprobación y entrada en vigencia del MOP, en términos previamente acordados con el Banco.** En la actualidad, el PRONIS es una unidad ejecutora de inversiones en el MINSA, pero no tiene a su cargo ninguna inversión con financiamiento externo. Por lo tanto, la designación de personal clave en el PRONIS, y la aprobación y entrada en vigencia del MOP, son condiciones críticas para asegurar un inicio eficiente de la ejecución del programa y una coordinación adecuada con las diferentes áreas del MINSA y de los gobiernos regionales priorizados que deben participar del programa.
- 3.4 Será condición contractual especial de ejecución que, previo a los desembolsos para el Componente 2 del programa, el OE haya presentado evidencia de la entrada en vigencia de los convenios necesarios entre el MINSA y los GORE de las áreas de intervención. El establecimiento de los convenios es necesario para que la unidad ejecutora pueda ejecutar las actividades previstas en términos de obras y adquisición de equipamientos para las IPRESS a nombre de los GORE.
- 3.5 **Adquisiciones.** El PRONIS hará la gestión del Plan de Adquisiciones (PA) ([EER#4](#)) a través del sistema electrónico online denominado Sistema Electrónico de Adquisiciones y Contrataciones (SEACE) o el sistema que el Banco determine. Las adquisiciones y contrataciones de la operación se realizarán de conformidad

con las Políticas para Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9), o sus actualizaciones posteriores. Las adquisiciones y contrataciones que se efectúen en el marco de los subproyectos financiados por esta operación deberán ser ejecutadas en línea con dichas políticas. Para la gestión financiera el PRONIS utilizará el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), y su Módulo de Ejecución de Proyectos (MEP) para la generación de reportes financieros.

- 3.6 **Desembolsos.** Los acuerdos y requisitos fiduciarios establecen el marco de gestión financiera y de planificación, al igual que de supervisión y ejecución de adquisiciones aplicables para la ejecución de la operación. Los recursos del préstamo podrán desembolsarse mediante las modalidades de anticipo de fondos, reembolso de gastos y pago directo al proveedor. En el caso de la modalidad de anticipo de fondos, se realizarán desembolsos basados en proyecciones de gastos hasta 180 días. Los desembolsos se justificarán en al menos un 80% del total de saldos acumulados pendientes de justificación, utilizando los formatos del Banco.
- 3.7 **Auditoría.** El PRONIS presentará estados financieros auditados anuales y al final de la operación, en los términos y plazos requeridos por el Banco en sus políticas. Para tal efecto, el PRONIS se compromete a seleccionar y contratar una firma de auditoría independiente aceptable al Banco por el período de duración de la operación.

## **B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados**

- 3.8 **Arreglos para el monitoreo.** Con el fin de monitorear el avance del programa, el OE y el Banco han acordado la realización de un seguimiento cercano a la ejecución del programa, usando la Matriz de Resultados (Anexo II), el PEP ([ERR#1A](#)) y los Planes Operativos Anuales (POA) ([EER#1B](#)) y los Informes Semestrales de Seguimiento del Programa (PMR). Para facilitar el monitoreo, la División de Protección Social y Salud (SPH), en colaboración con la Representación del Banco en Perú, realizará periódicamente visitas de campo y reuniones con el equipo de trabajo con el fin de discutir necesidades que se deriven de estos informes. El Plan de Monitoreo y Evaluación ofrece el detalle de las acciones de monitoreo ([EER#2](#)).
- 3.9 **Arreglos para la evaluación de resultados.** Se plantea evaluar el impacto del programa a partir de la metodología de controles sintéticos (*synthetic controls*, en inglés) con el objetivo de evaluar el impacto del programa en la reducción de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en salud en Lima Metropolitana. La metodología consiste en crear un control válido para la unidad de tratamiento, en este caso Lima Metropolitana, a partir de un promedio ponderado de otras unidades, en este caso los otros departamentos de Perú. A dicho control se le denomina control sintético y a los otros departamentos se les denomina donadores. La metodología permite construir un control sintético con comportamiento igual al de la unidad de tratamiento en el periodo previo a la intervención. Así es que la diferencia observada después de la intervención entre el control sintético y la unidad tratada puede atribuirse al programa. Vale mencionar que los datos utilizados para realizar la estimación consideran todas

las observaciones existentes; es decir, no se trata de datos muestrales que representen una población ([EER#2](#)). Se prevé la ejecución del diseño de los instrumentos, el levantamiento de información y el informe de línea de base en el año 1 y la ejecución de levantamiento de información e informe de seguimiento en el año 5 del programa. Se prevé también la ejecución de una evaluación intermedia de progreso a los 30 meses de ejecución del programa, y la evaluación final deberá ser presentada al Banco 90 días después del último desembolso.

### **C. Actividades de Diseño luego de la Aprobación**

- 3.10 Para avanzar en la implementación del programa, el equipo del Banco y del MINSA acordaron que luego de la aprobación del préstamo, se trabajará para desarrollar los proyectos de pre-inversión para la mejoría de los establecimientos de salud de menor complejidad (Componente 2) que deberían estar listos durante el año 2019. Asimismo, de manera complementaria al Plan de Monitoreo y Evaluación ([EER#2](#)), se ha planteado, en conjunto con la contraparte, la realización de una encuesta con la finalidad de contar con información adicional acerca de los resultados del programa. El diseño de la encuesta y sus indicadores serán definidos durante el primer año de ejecución del programa, con la colaboración de la contraparte. Se especificó que esta encuesta tomará como base la Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación a la Atención Primaria de Salud en América Latina y el Caribe para población adulta y la adaptará al contexto de Perú y a las características del programa<sup>48</sup>. La encuesta base captura y mide la experiencia de los pacientes con respecto a los servicios de atención primaria, y puede utilizarse como instrumento para evaluar la calidad de la atención o monitorear la mejora de los servicios. Considerando que el objetivo del programa es contribuir a la transformación de la red de servicios de salud mediante la organización de servicios en redes integradas de salud con énfasis en la mejora de la calidad de los servicios en el primer nivel de atención, se ha planteado la realización de una versión adaptada de la Encuesta descrita.

---

<sup>48</sup> [Guanais et al. 2018.](#)



Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		
<b>I. Prioridades corporativas y del país</b>		
<b>1. Objetivos de desarrollo del BID</b>	<b>Sí</b>	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental	
Indicadores de desarrollo de países	-Tasa de mortalidad maternal (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos)	
<b>2. Objetivos de desarrollo del país</b>	<b>Sí</b>	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2889	Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud.
Matriz de resultados del programa de país	GN-2915-2	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2018.
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)		
<b>II. Development Outcomes - Evaluability</b>		<b>Evaluable</b>
<b>3. Evaluación basada en pruebas y solución</b>		<b>10.0</b>
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0
<b>4. Análisis económico ex ante</b>		<b>10.0</b>
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE		3.0
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		3.0
4.3 Supuestos Razonables		1.0
4.4 Análisis de Sensibilidad		2.0
4.5 Consistencia con la matriz de resultados		1.0
<b>5. Evaluación y seguimiento</b>		<b>8.0</b>
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5
5.2 Plan de Evaluación		5.5
<b>III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación</b>		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad		<b>Medio</b>
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		<b>Sí</b>
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		<b>Sí</b>
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		<b>Sí</b>
<b>Clasificación de los riesgos ambientales y sociales</b>		<b>B</b>
<b>IV. Función del BID - Adicionalidad</b>		
<b>El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales</b>		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	<b>Sí</b>	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes, Controles externos.  Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios, Contratación de consultor individual, Licitación pública nacional.
No-Fiduciarios	<b>Sí</b>	Sistema Nacional de Planeación Estratégica, Sistema Nacional de Evaluación Ambiental.
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:		
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	<b>Sí</b>	PE-T1396. Apoyo a la Transformación de Redes de Salud (US\$300,000).

Nota: (\*) Indica contribución al Indicador de Desarrollo de Países correspondiente.

El objetivo del programa es contribuir a la mejoría de la calidad de los servicios en el primer nivel de atención a partir de la transformación de la red de servicios de salud y la organización de servicios en redes integradas de salud. Para lograr este objetivo, el programa implementa un total de cuatro componentes, dedicados a (i) Modernización del modelo de prestación de servicios de salud (ii) Adecuación de la oferta de servicios de establecimientos de salud en áreas priorizadas, (iii) Mejoramiento de los servicios médicos de apoyo y (iv) Gestión del programa de inversión. El proyecto presenta un análisis costo-beneficio que sustenta la viabilidad económica de las actividades propuestas, con un ratio de beneficio/costo de 1.51. La lógica vertical presentada en el POD es consistente con los indicadores presentados en la matriz de resultados. La matriz de resultados incluye indicadores para los principales productos, resultados e impactos. Los indicadores de la matriz de resultados cumplen los criterios SMART e incluyen valores de línea de base y metas, así como las fuentes y medios de verificación que se utilizarán para medirlos. Los indicadores de impacto final son el porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria, desagregados por género y la tasa de mortalidad por servicios de salud de baja calidad. El Organismo Ejecutor y el Banco estarán a cargo del monitoreo y evaluación del programa. Los indicadores de la matriz de resultados serán informados con fuentes de información administrativas del MINSA incluyendo el SIS, PRONAHEBAS y SAMU, el plataforma RESULTA del MEF, así como encuestas incluyendo el ENDES y SUSALUD. El proyecto incluye una evaluación de impacto que utilizará la metodología de controles sintéticos.



**MATRIZ DE RESULTADOS**

<b>Objetivo del Proyecto:</b>	El objetivo del programa es lograr un adecuado acceso de la población a servicios de salud oportunos, eficientes y de calidad en el primer nivel de atención, en función a sus necesidades. Para ello, se propone reorganizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en redes integradas de salud, mejorar la capacidad resolutoria de la oferta asistencial actual en Lima Metropolitana y en Regiones priorizadas del país, y potenciar los servicios médicos de apoyo en Lima Metropolitana.
-------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**IMPACTO ESPERADO**

<b>Indicadores</b>	<b>Unidad de Medida</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Año Línea de Base</b>	<b>Meta Final</b>	<b>Medios de Verificación</b>	<b>Comentarios</b>
Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria–mujeres	/100 hospitalizaciones	24,9%	2017	23,6%	Registros Administrativos - SIS (MINSA)	Número de internaciones por condiciones sensibles a la atención básica en la población femenina en un determinado local y período / Número de internaciones en la población femenina en un determinado local y período *100 Seguimiento de género
Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria–hombres	/100 hospitalizaciones	40,6%	2017	36,5%	Registros Administrativos - SIS (MINSA)	Número de internaciones por condiciones sensibles a la atención básica en la población masculina en un determinado local y período / Número de internaciones en la población masculina en un determinado local y período *100
Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria–total	/100 hospitalizaciones	29,0%	2017	24,6%	Registros Administrativos - SIS (MINSA)	Número de internaciones por condiciones sensibles a la atención básica en la población en un determinado local y período / Número de internaciones en la población en un determinado local y período *100
Tasa de mortalidad por servicios de salud de baja calidad	Muertes por servicios de salud de baja calidad/población	20,8	2017	17,5	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de las Enfermedades (MINSA)	Número de muertes asociadas a servicios de salud de baja calidad en un determinado local y periodo / Población en el mismo local y periodo * 100.000. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Línea de base estimada a partir de los resultados de: [Kruk, Margaret E, Anna D Gage, Naima T Joseph, Goodarz Danaei, Sebastián García-Saisó, and Joshua A Salomon. 2018. "Mortality due to Low-Quality Health Systems in the Universal Health Coverage Era: A Systematic Analysis of Amenable Deaths in 137 Countries." The Lancet 6736 \(18\).](#)

### RESULTADOS ESPERADOS

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios <sup>2</sup>
Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y conocieron su resultado	% mujeres	88,1%	2017	92%	RESULTA (MEF) - ENDES	Número de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y conocieron su resultado en Lima Metropolitana / Número de mujeres de 30 a 59 años en Lima Metropolitana *100 Seguimiento de género, Pro-Gender
Porcentaje de personas de 40 a 59 años que se han realizado un chequeo para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses	% de personas	34,6%	2017	38%	RESULTA (MEF) - ENDES	Número de personas de 40 a 59 años que se han realizado un chequeo para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses en Lima Metropolitana / Número de personas de 40 a 59 años en Lima Metropolitana *100
Porcentaje de personas que han donado sangre de manera voluntaria	% de personas	5,36%	2016	8%	PRONAHEBAS (MINSA)	Número de personas que han donado sangre de manera voluntaria en el Departamento de Lima / Número de personas que han donado sangre en el Departamento de Lima *100
Porcentaje de despachos de ambulancia requeridos y no atendidos	% de despachos de ambulancia	46%	2017	41%	Registros administrativos - SAMU (MINSA)	Número de despachos de ambulancia requeridos y no atendidos en Lima Metropolitana / Número de despachos de ambulancia requeridos en Lima Metropolitana *100
Porcentaje de personas de 15 años o más con diagnóstico de diabetes mellitus que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses	% de personas	71,54%	2014	74,5%	RESULTA (MEF) - ENDES	Número de personas de 15 años o más con diagnóstico de diabetes mellitus que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses en Lima Metropolitana/ Número de personas de 15 años o más con diagnóstico de diabetes mellitus en Lima Metropolitana *100
Porcentaje de personas de 15 años o más con diagnóstico de hipertensión que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses	% de personas	62,3%	2017	70%	RESULTA (MEF) - ENDES	Número de personas de 15 años o más con diagnóstico de hipertensión que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses en Lima Metropolitana / Número de personas de 15 años o más con diagnóstico de hipertensión en Lima Metropolitana*100

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios <sup>2</sup>
Beneficiarios que reciben servicios de salud	# de personas	2.850.430	2017	3.049.109	RESULTA (MEF) - ENDES e INEI	Combinación de los indicadores de prueba de Papanicolaou, chequeo para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses, diagnóstico de diabetes mellitus que recibieron tratamiento, personas de 15 años o más con diagnóstico de hipertensión que recibieron tratamiento, en Lima metropolitana
Porcentaje de usuarios de consulta externa que se sintieron “satisfechos” o “muy satisfechos” con la atención recibida	% de usuarios	78,8%	2016	84%	Encuesta nacional de satisfacción de usuarios de salud - SUSALUD	Número de usuarios de consulta externa que se sintieron “satisfechos” o “muy satisfechos” en Lima Metropolitana / Número de usuarios de consulta externa en Lima Metropolitana*100
Porcentaje de usuarios de consulta externa que calificaron el tiempo de espera para la atención en el establecimiento de salud con una evaluación de 6 o más (en escala de 1 a 10)	% de usuarios	77,2%	2016	83.5%	Encuesta nacional de satisfacción de usuarios de salud - SUSALUD	Número de usuarios de consulta externa que calificaron el tiempo de espera para la atención en el establecimiento de salud con una evaluación de 6 o más (en una escala de 1 a 10) en Lima Metropolitana / Número de usuarios de consulta externa en Lima Metropolitana *100

**PRODUCTOS**

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año de Línea de Base	Año 1 2019	Año 2 2020	Año 3 2021	Año 4 2022	Año 5 2023	Meta final	Medio de verificación	Comentarios
<b>Componente 1. Mejoramiento y adecuado diseño del modelo de organización de IPRESS en redes integradas de salud en Lima Metropolitana y regiones priorizadas</b>											
Modelo de atención con énfasis en el nuevo patrón de carga de enfermedad rediseñado	Modelo	0	2018	0	1	0	0	0	1	Informe final de consultoría e informe semestral de progreso	El informe final debe ser validado por el MINSA y acordado con el BID
Guías clínicas y protocolos de atención a enfermedades crónicas no transmisibles diseñados: diabetes, cáncer de mama, enfermedades mentales, hipertensión	Protocolos	0	2018	0	1	1	2	0	4	Documentos finales de guías y protocolos de atención e informe semestral de progreso	Las guías clínicas y protocolos deben ser validados por el MINSA
Profesionales de salud (médicos, enfermeros) capacitados en la aplicación de guías clínicas y protocolos	Profesionales	0	2018	0	0	200	200	400	800	Informe semestral de progreso	
Modelos de organización, gestión y financiamiento de las redes integradas de salud	Modelo	0	2018	0	1	0	0	0	1	Informe final de consultoría e informe semestral de progreso	El informe final debe ser validado por el MINSA y acordado con el BID
Plan de desarrollo de competencias de recursos humanos para actuación en red, elaborado y validado por el MINSA	Plan	0	2018	0	0	1	0	0	1	Plan de desarrollo de competencia validado con el MINSA	El plan deberá incluir los perfiles de competencias, y los mecanismos para atraer personal especializado al primer nivel
Guía de atención y manejo de casos de violencia en	Guía	0	2018	1	0	0	0	0	1	Documento final de guía e informe	La guía se concentrará en el

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año de Línea de Base	Año 1 2019	Año 2 2020	Año 3 2021	Año 4 2022	Año 5 2023	Meta final	Medio de verificación	Comentarios
mujeres con enfoque de género revisado y fortalecido										semestral de progreso	primer nivel de atención
Estrategia de sensibilización sobre el nuevo modelo de atención para los actores del sistema	Estrategia	0	2018	0	1	0	0	0	1	Informe semestral de progreso	La estrategia de sensibilización será implementada en cada año del proyecto de manera continua
Talleres para sensibilización sobre atención y los Servicios Médicos de Apoyo (SMA) centralizados	Taller	0	2018	0	10	15	15	10	50	Informe semestral de progreso	En el año 5 se realizarán dos talleres para cada uno de los SMA
<b>Componente 2. Mejoramiento y adecuada oferta en las IPRESS de primer nivel de atención en Lima Metropolitana y regiones priorizadas</b>											
Establecimientos de salud 12 horas diseñados	Establecimiento de salud	0	2018	0	7	0	0	0	7	Plan arquitectónico del establecimiento e informe semestral de progreso	Los planes arquitectónicos deben ser aprobados por PRONIS (MINSA)
Establecimientos de salud 12 horas remodelados	Establecimiento de salud	0	2018	0	0	3	4	0	7	Informe de supervisión de obras e informe semestral de progreso	
Establecimientos de salud 12 horas equipados	Establecimiento de salud	0	2018	0	0	3	4	0	7	Informe semestral de progreso	
Establecimientos de salud 12 horas operando	Establecimiento de salud	0	2018	0	0	0	3	4	7	Informe semestral de progreso	
Establecimientos de salud 24 horas diseñados	Establecimiento de salud	0	2018	0	10	0	0	0	10	Plan arquitectónico del establecimiento	Los planes arquitectónicos deben ser

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año de Línea de Base	Año 1 2019	Año 2 2020	Año 3 2021	Año 4 2022	Año 5 2023	Meta final	Medio de verificación	Comentarios
										e informe semestral de progreso	aprobados por PRONIS (MINSA)
Establecimientos de salud 24 horas remodelados	Establecimiento de salud	0	2018	0	0	2	5	3	10	Informe de supervisión de obras e informe semestral de progreso	
Establecimientos de salud 24 horas equipados	Establecimiento de salud	0	2018	0	0	2	5	3	10	Informe semestral de progreso	
Establecimientos de salud 24 horas operando	Establecimiento de salud	0	2018	0	0	0	2	8	10	Informe semestral de progreso	
<b>Componente 3. Mejoramiento de los servicios médicos de apoyo en Lima Metropolitana</b>											
Central de SMA, diseñada	Central	0	2018	0	1	0	0	0	1	Plan arquitectónico de la central e informe semestral de progreso	El plan arquitectónico debe ser aprobados por PRONIS (MINSA)
Central de SMA, construida	Central	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe de supervisión de obra e informe semestral de progreso	
Manual operativo con reglas de funcionamiento de la central de SMA elaborado	Manual operativo	0	2018	0	0	1	0	0	1	Manual elaborado e informe semestral de progreso	El informe final debe ser validado por el MINSA
Central de SMA, equipamiento de laboratorio instalado	Equipamiento	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe semestral de progreso	

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año de Línea de Base	Año 1 2019	Año 2 2020	Año 3 2021	Año 4 2022	Año 5 2023	Meta final	Medio de verificación	Comentarios
Central de SMA, equipamiento de lectura de imágenes instalado	Equipamiento	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe semestral de progreso	
Central de SMA, equipamiento de banco de sangre instalado	Equipamiento	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe semestral de progreso	
Central de SMA, equipamiento de atención prehospitalaria instalado	Equipamiento	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe semestral de progreso	
Central de SMA, equipamiento complementario instalado (cadena de frío, gases, etc.)	Equipamiento	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe semestral de progreso	
Diseño de los servicios de la central con sus protocolos funcionales de coordinación con la red completados	Protocolo	0	2018	0	0	0	1	0	1	Informe semestral de progreso	
Profesionales de SMA capacitados	Profesionales	0	2018	0	0	0	0	532	532	Informe semestral de progreso	
Puesta en marcha de la central de SMA	Central	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe semestral de progreso	
IPRESS creada	IPRESS	0	2018	0	0	0	1	0	1	Acreditación por parte de la DISA de Lima Metropolitana e informe semestral de progreso	
IPRESS en funcionamiento	IPRESS	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe semestral de progreso	
Campañas de sensibilización de la población sobre los SMA	Campañas de sensibilización	0	2018	0	0	0	3	0	3	Informe semestral de progreso	Las campañas de sensibilización incluyen como temas: la donación

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año de Línea de Base	Año 1 2019	Año 2 2020	Año 3 2021	Año 4 2022	Año 5 2023	Meta final	Medio de verificación	Comentarios
											voluntaria de sangre, la gestión del cambio hacia la centralización, y la sensibilización sobre llamadas hacia la central SAMU
Equipos médicos hospitalarios remplazados (7 tomógrafos, 1 resonador, 3 mamógrafos, 65 rayos x)	Equipos médicos	0	2018	0	0	59	5	12	76	Actas de compra e informe semestral de progreso	



## **ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS**

<b>PAÍS</b>	República del Perú
<b>PROYECTO N°:</b>	PE-L1228
<b>NOMBRE:</b>	Programa de “Creación de Redes Integradas de Salud”
<b>ORGANISMO EJECUTOR (OE):</b>	Ministerio de Salud (MINSA), a través del Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS)
<b>EQUIPO FIDUCIARIO:</b>	Allizon Milicich Nieto-Polo, Andrés Suarez y Gabriele del Monte (FMP/CPE)

### **I. RESUMEN EJECUTIVO**

- 1.1 Se realizó la evaluación de la situación fiduciaria y la revisión del análisis de la capacidad institucional del PRONIS además de reuniones con personal clave del PRONIS y MINSA y con el equipo de proyecto. Se identificó, en materia fiduciaria un riesgo de nivel medio por la falta de experiencia y conocimiento del personal en políticas fiduciarias del Banco en operaciones de préstamo; y del nivel de presupuesto a cargo del PRONIS hasta la fecha de evaluación.

### **II. CONTEXTO FIDUCIARIO PAÍS**

- 2.1 Los sistemas de administración financiera del país son adecuados y confiables. En cuanto al sistema nacional de compras, actualmente se utilizan los subsistemas de subasta inversa electrónica y de catálogos electrónicos de acuerdos marco del régimen de contratación público aprobado con documento GN-2538-11.

### **III. CONTEXTO FIDUCIARIO DE LA UNIDAD EJECUTORA Y DEL EJECUTOR ADMINISTRATIVO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROYECTO**

- 3.1 El OE será el MINSA a través del PRONIS quien coordinará con las demás unidades orgánicas del OE.
- 3.2 El marco institucional de la operación considera al PRONIS como la Unidad Ejecutora responsable del programa. Para la atención de los aspectos fiduciarios del programa se prevé la contratación de apoyos específicos (parte del personal clave): Consultor de presupuesto, Consultor de contabilidad, Consultor de tesorería y Especialista en Adquisiciones, quienes deberán incorporarse con dedicación exclusiva para la operación. Adicionalmente, se prevé la contratación de dos apoyos en el área de adquisiciones.
- 3.3 PRONIS utilizará el Sistema Electrónico de Adquisiciones y Contrataciones del Estado (SEACE) para el registro del Plan de Adquisiciones (PA) para la difusión de los procesos de contratación.

- 3.4 PRONIS utilizará el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) como sistema operativo de gestión financiera; y, el Módulo de Ejecución de Proyectos (MEP) del SIAF para la generación de reportes financieros.

#### **IV. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN**

- 4.1 Durante el diseño de la operación; se identificó un riesgo fiduciario de nivel medio y es que eventualmente el programa presente mayores costos y más tiempo para su implementación, debido a: (i) la falta de experiencia y conocimiento de las políticas del Banco en materia fiduciaria aplicables a operaciones de préstamo; y (ii) la reciente creación del PRONIS como nueva unidad ejecutora con nivel de presupuesto a su cargo, menor al monto del programa. Para mitigar el riesgo, determinado con nivel “medio”, se identificaron acciones de: (i) contratación de personal clave con experiencia en proyectos financiados por organismos multilaterales y en normativa del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe); (ii) identificación de flujos de procesos fiduciarios en el MOP con responsables y roles; (iii) asistencia/acompañamiento fiduciario del Banco al PRONIS; y (iv) contratación de consultorías para la elaboración de pliegos de licitación de alta complejidad.

#### **V. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN LAS ESTIPULACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO DE PRÉSTAMO**

- 5.1 Se resalta la importancia de considerar las condiciones previas establecidas en el MOP y la contratación del personal clave recomendado, señaladas en el Resumen Ejecutivo de POD.
- 5.2 El PRONIS presentará los Estados Financieros (EEFF) anuales y final auditados del programa, con Términos de Referencia (TdR) específicos aceptables por el Banco; dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio económico de la Contraloría General de la República (CGR) durante el plazo original del desembolso o sus extensiones. El informe de auditoría final será presentado dentro de los 120 días siguientes al vencimiento del plazo original de desembolso o sus extensiones.
- 5.3 A fin de determinar la equivalencia de un gasto elegible que se efectúe en moneda local del país del prestatario a la moneda en que se realicen los desembolsos, o bien, a la moneda de aprobación, para efectos de rendición de cuentas y la justificación de gastos, se utilizará la tasa de cambio efectiva en la fecha de conversión de la moneda de aprobación o moneda del desembolso a la moneda local del país prestatario (inciso (b)(i) del artículo 4.10 de las Normas Generales del Contrato Préstamo). Para efectos de determinar la equivalencia de gastos incurridos en moneda local con cargo al aporte local o del reembolso de gastos con cargo al préstamo, la tasa de cambio acordada será la tasa de cambio en la fecha efectiva en que el prestatario, el OE o cualquier otra persona natural o jurídica a quien se le haya delegado la facultad de efectuar gastos efectúe los pagos respectivos en favor del contratista, proveedor o beneficiario.

## **VI. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES**

- 6.1 **Ejecución de las adquisiciones.** Las adquisiciones se realizarán según las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID, de marzo de 2011 (GN-2349-9) y Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9). El umbral que determina el uso de la Licitación Pública Internacional será puesto a disposición del prestatario, a través del OE, en la página [www.iadb.org/procurement](http://www.iadb.org/procurement). Por debajo de dicho umbral, el método de selección se determinará de acuerdo con la complejidad y características de la adquisición o contratación, lo cual deberá reflejarse en el PA aprobado por el Banco.
- 6.2 **Adquisiciones de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría.** Los contratos de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría<sup>1</sup> generados por la operación se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional se ejecutarán usando documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco (o satisfactorios al Banco si no han sido acordados a la fecha). La revisión de las especificaciones técnicas es responsabilidad del jefe del proyecto.
- 6.3 **Selección y contratación de consultores.** Los contratos de servicios de consultoría generados por las operaciones se ejecutarán utilizando el documento de Solicitud Estándar de Propuestas emitido o acordado con el Banco independientemente del monto del contrato (o satisfactorios al Banco si no han sido acordados a la fecha). La revisión de TdR es responsabilidad del jefe del proyecto.
- 6.4 **Revisión previa de adquisiciones.** El Banco realizará la revisión de los procesos de selección, contratación y adquisición, según lo establecido en el PA. En cualquier momento durante la ejecución de los proyectos, el Banco podrá cambiar la modalidad de revisión de dichos procesos, informando previamente al prestatario o al OE. Los cambios aprobados por el Banco deberán ser reflejados en el PA.
- 6.5 **Uso de Sistema Nacional de Adquisiciones.** En virtud de la aprobación por parte del Directorio del uso avanzado del sistema nacional de compras y contrataciones estatales de Perú, se podrá hacer uso del citado sistema luego de la implementación de las acciones de implementación y monitoreo incluidas en el “Informe para la Aceptación del Uso del Sistema Nacional de Adquisiciones de Perú” aprobado y previa modificación de los PA. Los subsistemas de Subasta Inversa Electrónica y Catálogos Electrónicos de Acuerdos Marco, pueden utilizarse habiendo cumplido su fase de implementación de las recomendaciones previas a su uso.
- 6.6 **Plan de adquisiciones inicial.** Ver el [Plan de Adquisiciones](#) detallado de los 18 primeros meses. El OE publicará el PA en el Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones (SEPA) y lo actualizará por lo menos semestralmente o conforme

---

<sup>1</sup> Según las Políticas de Adquisiciones del Banco, los servicios diferentes de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

lo requiera el Banco para reflejar las necesidades reales de ejecución del programa y el progreso alcanzado.

- 6.7 **Supervisión de adquisiciones.** Las evaluaciones ex post del Banco abarcarán una muestra de los contratos con base en criterio técnico-profesional y serán realizadas por consultores o auditores externos. Una vez se haya implementado el uso del sistema nacional de adquisiciones el esquema podrá ser actualizado en función de los riesgos fiduciarios<sup>2</sup>.
- 6.8 **Registros y archivos.** Los archivos deberán estar ubicados en las oficinas del OE bajo condiciones que aseguren la integridad y seguridad de la documentación.

## VII. ACUERDOS Y REQUISITOS DE GESTIÓN FINANCIERA

- 7.1 **Programación y presupuesto.** Los gastos relacionados con las actividades de los proyectos deberán tener viabilidad en el marco de la normativa dictada por el MEF. El sistema Invierte.pe rige con fines de agilizar la aprobación de proyectos de inversión y flexibilizar su ejecución en los tres niveles de gobierno. La preparación de la programación anual y el presupuesto se basará en las disposiciones de la Dirección General de Presupuesto Público del MEF. Se preparará el Plan de Ejecución Plurianual (PEP) y sobre esta base el presupuesto anual. El presupuesto asignado a los proyectos será aprobado por el MEF y el Congreso de la República e informado anualmente al Banco. El presupuesto será operado bajo el SIAF.
- 7.2 **Contabilidad y sistemas de información.** Se utilizará el MEP-SIAF, para la contabilidad, emisión de reportes, incluyendo solicitudes de desembolsos, control del tipo de cambio, y otros de acuerdo con los requerimientos del Banco; el cual ofrece transparencia y controles específicos en la ejecución presupuestaria. La contabilidad se preparará sobre la base de caja y según normas internacionales de contabilidad siguiendo las directivas de la Dirección Nacional de Contabilidad Pública.
- 7.3 **Desembolsos y flujo de fondos.** Se utilizará el sistema de tesorería del país siguiendo las directivas de la Dirección Nacional de Endeudamiento y Tesorería. El gasto se sujeta al proceso de la ejecución presupuestal y financiera, debiendo registrarse en el MEP-SIAF, los datos relacionados con su formalización en el marco normativo aplicable a cada una de sus etapas: compromiso, devengado, girado y pagado. El PRONIS abrirá y mantendrá una cuenta bancaria específica en dólares de los Estados Unidos de Norte América y otra en soles (monetización) para el manejo de los fondos del préstamo BID. El MEF ha manifestado interés en promover el uso de la Cuenta Única del Tesoro (CUT) para operaciones de préstamo; y podría implementarse esta opción a corto plazo.
- 7.4 Los desembolsos se efectuarán según las necesidades reales de liquidez del programa. El PRONIS presentará al Banco la solicitud de desembolso, con un

---

<sup>2</sup> Una vez puesto en uso los sistemas de Subasta a la Inversa y Convenio Marco en las operaciones, como parte de la estrategia de uso de sistema nacional, las adquisiciones ejecutadas serán monitoreadas y supervisadas de forma sistémica a través del seguimiento y verificación de la estabilidad del sistema nacional del Perú.

- plan financiero de desembolsos para los próximos 180 días. Los desembolsos se justificarán en al menos un 80% del total de saldos acumulados pendientes de justificación, utilizando los formatos del Banco. Los recursos del préstamo podrán desembolsarse mediante las modalidades de anticipo de fondos, reembolso de gastos y pago directo al proveedor.
- 7.5 La revisión ex post de los registros y de la documentación de soporte de las actividades y transacciones será realizada por auditores externos. Se requiere que se conserven todos los documentos y registros durante un plazo mínimo de tres años a partir de la fecha del último desembolso. Aquellos gastos que no sean elegibles para el Banco serán reintegrados con aporte local.
- 7.6 **Control interno y auditoría interna.** El ambiente de control, las actividades de control, la comunicación e información y el monitoreo de las actividades del PRONIS se rigen por las normas del país, basadas en la Ley del Sistema Nacional de Control y de la CGR. Las funciones de control interno las asume el órgano de control institucional de la CGR del MINSA.
- 7.7 **Control externo e informes.** En el marco del rol de la CGR y de su normativa; se terceriza la auditoría externa de los proyectos a Firms Auditoras Independientes (FAI) elegibles para el Banco. Las FAI son evaluadas periódicamente por el Banco. La CGR autoriza el proceso de selección y contratación de la FAI, según políticas del Banco, para todo el período de ejecución de las operaciones, incluyendo extensiones del plazo final de desembolsos. Se requerirá la selección de una FAI de nivel de elegibilidad I o II.
- 7.8 Los EEFF incluyen: Estado de Flujos de Efectivo, Estado de Inversiones Acumuladas, las notas a dichos EEFF, la declaración de la Gerencia del programa (PRONIS). El informe de auditoría incluirá la evaluación del sistema de control interno. Las auditorías externas serán cubiertas con recursos del préstamo o del aporte local, estimados en US\$250.000 por los cinco años previstos para la ejecución de la operación. En el MOP se especificará que se seguirán procedimientos del Banco para seleccionar a la firma auditora aún cuando el costo de la auditoría sea financiado con fondos de la contrapartida.
- 7.9 **Plan de supervisión financiera.** Podrá ser ajustada según la ejecución de las operaciones e informes de auditoría externa.

**Cuadro 1. Plan de Supervisión**

Actividades	Naturaleza/Alcance	Frecuencia
Financiera	Revisión de cartera con el ejecutor y el MEF	2 por año
	Auditoría Financiera y Presentación de EEFF	Anual y Final
	Revisión de solicitudes de desembolsos e informes anexos	3/4 por año
	Visita de inspección /revisión avance del proyecto / análisis de ambiente de control en PRONIS	Anual

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/18

Perú. Préstamo \_\_\_\_/OC-PE a la República del Perú  
Programa de “Creación de Redes Integradas de Salud”

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 financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa de “Creación de Redes Integradas de Salud”. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$125.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el \_\_\_\_\_ de 2018)